

operatively produced arterial embolization has been 6% and the incidence of surgical creation of significant valvular incompetence is about 7%. The rate of recurrence of mitral stenosis has been variously reported as between 2% and 5%. The longer the follow-up, the higher this rate appears to be. Most cardiac surgeons attribute this to incomplete mobilization of the stenotic valve at the time of operation.

The objective physical signs and physiological changes associated with mitral stenosis usually are not completely abolished by the commissurotomy procedure, they are, however, modified favorably in most instances. The characteristic mid-late diastolic murmur was abolished in only 8% of the 10,000 cases analyzed in the International Inquiry. The same figure holds true for our own series of mitral commissurotomies performed from the left side (over 1500 cases). Nonetheless, the majority of patients with pure or preponderant mitral stenosis report considerable immediate subjective improvement. In our own series this subjective improvement has been maintained in 55% of patients five to eight years after operation (2). Indeed, the first patient historically to survive from a mitral commissurotomy procedure (3) remains in excellent health ten and one-half years following surgery, having given birth to two healthy children during this period.

Mitral commissurotomy, then, as generally practised (left transappendageal approach) must, however, be looked upon as a palliative procedure. This, in fact, is the consensus of cardiologists and surgeons alike (2, 4). It frequently produces considerable symptomatic improvement initially which, however, with the passage of time may be lost in a large proportion of patients.

It is quite clear that many surgeons have become increasingly and painfully aware of the fact that the actual opening achieved by splitting or incising the commissures nearly always falls far short of a true relief of the stenosis. This has led some very able surgeons (5, 6, 7, 8) to advocate the use of powerful mechanical disruptive force in one fashion or another in order to establish a larger valve opening. Although, these means may prove effective at times, they cannot but carry the inherent risk of rupturing the valve components and, hence, of producing severe regurgitation. This blind application of severe disruptive force to the basically delicate tissues of a structure as important as a heart valve cannot be considered

as anything but a step backward an atavistic development, which is reminiscent of the early abortive attempts to relieve mitral stenosis without regard to the competence of the valvular mechanism (9-10)

A Second Look at the Problem

Dissatisfaction with the existing procedure after an experience with over 1500 cases led one of us (C.F.B.) to consider ways in which the operation might be improved. The introduction of a new (right sided) anatomical approach to the stenotic mitral valve in 1954 (11) provided the impetus for a basic change in the surgical treatment of mitral stenosis. Apart from its technical superiority and its avoidance of the thrombus bearing area of the appendage and nearby atrial wall, it enabled the surgeon to perform the intra-cardiac manipulation with increased facility. The fact that the intracardiac finger could approach both commissures in a practically straight line instead of the around-the-corner approach by way of the auricular appendage, permitted the performance of a much more complete approach.

It was during this experience that a procedure going beyond the concept of a commissurotomy could safely be performed. This involved the creation of a semicircularly freed septal leaflet and was called by us in deference to a

... but incompletely and of this the authors became increasingly aware. This uncertainty led one of us (J.Z.) to undertake a fundamental investigation into the surgical anatomy of the normal mitral valve its function and the pathogenesis and pathology of rheumatic mitral valvulitis (15-16).

Functional Anatomy

The functional anatomy of the mitral valve, as carefully evaluated in the intact fresh heart as well as in the living organ during operation was found to differ considerably from the usual textbook description. The annulus fibrosus of the mitral valve is in actual fact incomplete. Instead of a ring like structure there

* Cr neo stroph ng = turning

Fortschritte der Kardiologie
Advances in Cardiology
Progrès en Cardiologie

2

Fortschritte der Kardiologie ✓ **Advances in Cardiology** **Progrès en Cardiologie**

herausgegeben von – edited by – dirigé par

Prof. Dr. R. HEGGLIN, Zurich

Vol. 2



19

59

BASEL (Schweiz)

S. KARGER

NEW YORK

**Congenital
and Acquired Heart Diseases - Cardiac Failure
Diseases of the Coronary Vessels
Correlations between Lung and Heart**

Selected Lectures from the Third World Congress of Cardiology
Brussels, 1958

**Maladies congénitales et acquises du cœur
Insuffisance cardiaque - Altérations coronaires
Corrélations cardio-pulmonaires**

Discours choisis du 3e Congres Mondial de Cardiologie
Bruxelles 1958

**Angeborene
und erworbene Herzfehler - Herzinsuffizienz
Erkrankungen der Koronargefäße
Lungen-Herz-Beziehungen**

Ausgewählte Vorträge vom 3. Weltkongress für Kardiologie
Brüssel 1958

edited by - rédigé par - herausgegeben von

R. HEGGLIN und E. LÜTHY, Zurich



BASEL (Schweiz)

S. KARGER

NEW YORK

Erscheint gleichzeitig als / Published simultaneously as / Paraît simultanément comme

Bibliotheca Cardiologica

Supplementa ad

Cardiologia

Internationales Archiv für Kreislaufforschung – International Archives of Cardiology

Archives Internationales du Cœur et des Vaisseaux

Fasc. 9

Alle Rechte, insbesondere das der Übersetzung in fremde Sprachen, vorbehalten
Ohne ausdrückliche Genehmigung des Verlages ist es auch nicht gestattet, diesen Band oder Teile
daraus auf photomechanischem Wege (Photokopie, Mikrokopie) zu vervielfältigen



Copyright 1959 by S. Karger A. G., Basel

Printed in Switzerland by Buchdruckerei Aargauer Tagblatt AG, Aarau
Clubs: Abereggs Steiner & Cie, Bern und Steiner & Cie AG, Basel

Index

A Congenital and Acquired Heart Diseases Maladies congénitales et acquises du cœur Angeborene und erworbene Herzfehler

BAILEY CH P ZIMMERMAN J LIKOFF W AND LAZARIDES D P (Philadelphia Pa)	
Ten Years Progress Toward the Complete Correction of Mitral Stenosis	1
BAILEY CH P AND ZIMMERMAN J (Philadelphia Pa)	
Advances in the Surgical Treatment of Aortic Stenosis and Incompetence	20
BROCK SIR RUSSELL (London)	
Pure Infundibular Stenosis	44
ELLS H AND KIRKLEN J W (Rochester Minn)	
Surgical Treatment of the Tetralogy of Fallot	48
SWAN H (Denver Colo)	
Present Status of Hypothermia and Extracorporeal Circulation for Cardiac Surgery	54
WOOD E H SUTTERER W F AND DONALD D E (Rochester Minn)	
The Monitoring and Recording of Physiologic Variables During Closure of Ventricular Septal Defects Using Extracorporeal Circulation	61

B Cardiac Failure Insuffisance cardiaque – Herzinsuffizienz

I Haemodynamic Problems – Hémodynamie : Hämodynamische Probleme

AGOSTONI G (Milan)	
Possibilités cliniques de différentiation de l'insuffisance du myocarde	75
MONTZ DE BETTENCOURT J (Lisbonne)	
La circulation hépatique dans des différentes formes d'insuffisance cardiaque congestive	82
BROD J (Prague)	
The General Circulatory Consequences in Heart Failure	96
FEJFAR Z (Prague)	
Haemodynamic Changes in Acute Cardiac Failure	108
LEQUENE J (Bruxelles)	
La dynamique circulatoire au cours de l'insuffisance cardiaque gauche	122
MERZANI J P (Boston Mass)	
Renal Circulation in Congestive Heart Failure	136

II Metabolic Problems – Métabolisme – Stoffwechselprobleme

BING, R J (St Louis, Mo)	Cardiac Metabolism in Myocardial Failure	148
GIBERT QUERALTÓ, J (Barcelone)	Résultats des examens métaboliques dans les différentes formes d'insuffisance cardiaque	156
LAGERLOF, H O (Stockholm)	Heart Metabolism and Myocardial Efficiency	165
LENZI, F (Siena)	Electrolyte Imbalance and Aldosterone Secretion in Congestive Heart Failure	170
LEPESCHAIN, E (Burlington, Vt)	The Role of Electrolytes in Metabolic Influences on the Electrocardiogram	189

C. Diseases of the Coronary Vessels – Altérations coronaires Erkrankungen der Koronargefäße

FROMENT, R, VIALA, J J ET PUTELAY, R (Lyon)	L'angine de poitrine fonctionnelle Critères de diagnostic et formes étiologiques	213
GRAÇER, F (Istanbul)	Post Infarctual Thoracic Syndrome Unrelated to Defective Coronary Circulation	229
MASTER, A M, ROSENFELD, I AND DOVOSO, E (New York N Y)	The Master '2 Step' Exercise Test	243
MORGAN, A D (London)	The Implications of the Thrombogenic Theory in Coronary Disease	255

D. Correlations between Lung and Heart Corrélations cardio-pulmonaires – Lungen-Herz-Beziehungen

DENOLIN, H (Bruxelles)	Aspects physiopathologiques de la circulation pulmonaire	270
FERRER, M ET HARVEY, R M (New York, N Y)	The Relation between Hypoxemia and Pulmonary Hypertension in Chronic Cor Pulmonale	293
HALMAGYI, D F J (Cardiff)	Pharmacological Aspects of the Pulmonary Circulation in Chronic Pulmonary Heart Disease	303
LAVENNE, F, MEERSEMAN, F, KREMER, R ET BRASSEUR L (Louvain)	Le cœur pulmonaire chronique dans les pneumoconioses Importance relative des altérations vasculaires et du déficit ventilatoire dans sa pathogénie	306
ORIE, N G M (Groningen)	Bronchitis and Right Heart Failure	319
ROSSIER, P H ET BUEHLMANN, A (Zurich)	Ventilation et hypertension pulmonaires	326

A

Congenital and Acquired Heart Diseases
Maladies congénitales et acquises du cœur
Angeborene und erworbene Herzfehler

Bailey C.A.P., Zimmerman J., Likoff W. and Lazarides D.P.: Ten years progress toward the complete correction of mitral stenosis. *Adv. Cardiol.* vol. 2, pp. 1-19 (arger Basel/New York 1959).

Ten Years Progress Toward the Complete Correction of Mitral Stenosis¹⁾

By CHARLES P. BAILEY², JACOB ZIMMERMAN³, WILLIAM LIKOFF⁴
AND DEMETRIUS P. LAZARIDES⁵, Philadelphia, Pa.

The currently accepted operation for the relief of mitral stenosis has now been practiced for more than ten years, and the accumulated experiences with it is quite considerable. Yet we find that many cardiologists still consider surgical therapy only for patients in the more advanced stages of the disease. The dissatisfaction of surgeons with this kind of operation can be seen from the fact that 50% of a group of very experienced surgeons who contributed to the recent International Inquiry of the American College of Chest Physicians (1) have expressed dissatisfaction with the existing operation.

A review of our own surgical experience as well as that of the 10,000 cases included in the International Inquiry indicates that the over all operative mortality of mitral commissurotomy (or the identical procedures variously designated as valvulotomy, valvuloplasty, or valvotomy) is still approximately 7%. The incidence of

¹⁾ This work was supported by the Mary Bailey Foundation for Heart and Great Vessel Research, the Cardiovascular Institute of the Hahnemann Medical College and Hospital Philadelphia Pennsylvania and The Bailey Trust.

Disc

Car

²⁾ Director, Bailey Thoracic Clinic, Philadelphia, Pennsylvania

³⁾ Former Chief Resident in Surgery, Bailey Thoracic Clinic and Hahnemann Medical College and Hospital Philadelphia, Pennsylvania

⁴⁾ Chief Surgeon and Hospital Chief

operatively produced arterial embolization has been 6% and the incidence of surgical creation of significant valvular incompetence is about 7%. The rate of recurrence of mitral stenosis has been variously reported as between 2% and 5%. The longer the follow-up, the higher this rate appears to be. Most cardiac surgeons attribute this to incomplete mobilization of the stenotic valve at the time of operation.

The objective physical signs and physiological changes associated with mitral stenosis usually are not completely abolished by the commissurotomy procedure, they are, however, modified favorably in most instances. The characteristic mid late diastolic murmur was abolished in only 8% of the 10,000 cases analyzed in the International Inquiry. The same figure holds true for our own series of mitral commissurotomies performed from the left side (over 1500 cases). Nonetheless, the majority of patients with pure or preponderant mitral stenosis report considerable immediate subjective improvement. In our own series this subjective improvement has been maintained in 55% of patients five to eight years after operation (2). Indeed, the first patient historically to survive from a mitral commissurotomy procedure (3) remains in excellent health ten and one-half years following surgery, having given birth to two healthy children during this period.

Mitral commissurotomy, then, as generally practised (left transapendageal approach) must, however, be looked upon as a palliative procedure. This, in fact, is the consensus of cardiologists and surgeons alike (2, 4). It frequently produces considerable symptomatic improvement initially which, however, with the passage of time may be lost in a large proportion of patients.

It is quite clear that many surgeons have become increasingly and painfully aware of the fact that the actual opening achieved by splitting or incising the commissures nearly always falls far short of a true relief of the stenosis. This has led some very able surgeons (5, 6, 7, 8) to advocate the use of powerful mechanical disruptive force in one fashion or another in order to establish a larger valve opening. Although, these means may prove effective at times, they cannot but carry the inherent risk of rupturing the valve components and, hence, of producing severe regurgitation. This blind application of severe disruptive force to the basically delicate tissues of a structure as important as a heart valve cannot be considered

as anything but a step backward, an atavistic development, which is reminiscent of the early abortive attempts to relieve mitral stenosis without regard to the competence of the valvular mechanism (9, 10)

A Second Look at the Problem

Dissatisfaction with the existing procedure after an experience with over 1500 cases led one of us (C P B) to consider ways in which the operation might be improved. The introduction of a new (right sided) anatomical approach to the stenotic mitral valve in 1954 (11) provided the impetus for a basic change in the surgical treatment of mitral stenosis. Apart from its technical superiority and its avoidance of the thrombus bearing area of the appendage and nearby atrial wall, it enabled the surgeon to perform the intracardiac manipulation with increased facility. The fact that the intracardiac finger could approach both commissures in a practically straight line, instead of the "around-the-corner" approach by way of the auricular appendage, permitted the performance of

an experiment, using the "right sided approach", it became clear that a procedure going beyond the concept of a commissurotomy could safely be performed. This involved the creation of a semicircularly freed 'septal kaiser' and was called by us in deference to our

uncertainty but incompletely and of this the authors became increasingly aware. This uncertainty led one of us (J Z) to undertake a *fundamental investigation* into the surgical anatomy of the normal mitral valve, its function, and the pathogenesis and pathology of rheumatic mitral valvulitis (15, 16)

Functional Anatomy

The functional anatomy of the mitral valve, as carefully evaluated in the intact fresh heart as well as in the living organ during operation, was found to differ considerably from the usual textbook description. The "annulus fibrosus" of the mitral valve is in actual fact incomplete. Instead of a ring like structure there

* Gr neo = new strophings = turning



Fig 1 Mitral valve showing the subaortic curtain (outlined by dotted lines which represent the line of attachment of two adjacent aortic cusps)

exists only a horseshoe shaped line of fibrous thickening on the posterior aspect of the upper edge of the left ventricular myocardium. The free ends of this fibrous horseshoe terminate in the right and left fibrous trigones. The gap between the trigones is bridged by a curtain-like structure which takes origin from the lower edge of the aortic root between the attachment of the left and the non-coronary aortic valve cusps. This membrane which separates the left ventricular outflow tract from the left atrium is continued downward to form what is usually called the "septal leaflet" of the mitral valve (fig 1).

However, the mitral valve is not a "leaflet" valve although classically described as consisting of two leaflets ("bicuspid valve"). Unlike the semilunar valves which truly are made up of anatomically and functionally discrete cusps, the mitral valve consists of a continuous ribbon of membranous tissue which hangs down in "windsock" fashion from the fibrous horseshoe on the left ventricular myocardial edge, and the subaortic curtain. It is, in fact, a



Fig 2 Ventricular aspect of normal mitral valve showing its sleeve like structure
A Septal portion of sleeve B Mural portion BUTLEY et al Courtesy of N Y State
J Med 56 653 (1956) fig 3 A

'sleeve-valve' with an irregular and oblique base (fig 2) The irregularity of the width of the various parts of the valve ribbon has led to the description of septal and mural leaflets (fig 3) and since these leaflets are not distinct structures but rather continuous with one another, the narrower aspects of the ribbon have been called by CHIECHI 'junctional tissue' (17) The conventional description of separate leaflets, however, has led to the misconception that the valve closes by the movement of the two leaflets towards one another when, in actual fact, the whole valve ribbon falls back into the center of the valve from all directions (centripetally) As the result of the greater width of the septal portion the line of contact of the valve tissue during closure is arcuate in shape (fig 4 A, B)



Fig 1 Mitral valve showing the subaortic curtain (outlined by dotted lines which represent the line of attachment of two adjacent aortic cusps)

exists only a horseshoe-shaped line of fibrous thickening on the posterior aspect of the upper edge of the left ventricular myocardium. The free ends of this fibrous horseshoe terminate in the right and left fibrous trigones. The gap between the trigones is bridged by a curtain-like structure which takes origin from the lower edge of the aortic root between the attachment of the left and the non-coronary aortic valve cusps. This membrane which separates the left ventricular outflow tract from the left atrium is continued downward to form what is usually called the "septal leaflet" of the mitral valve (fig 1).

However, the mitral valve is not a "leaflet" valve although classically described as consisting of two leaflets ("bicuspid valve"). Unlike the semilunar valves which truly are made up of anatomically and functionally discrete cusps, the mitral valve consists of a continuous ribbon of membranous tissue which hangs down in "windsock" fashion from the fibrous horseshoe on the left ventricular myocardial edge, and the subaortic curtain. It is, in fact, a

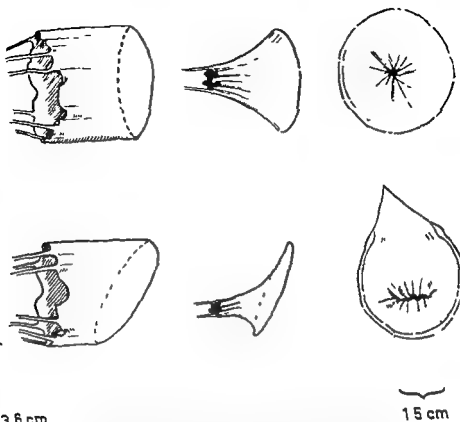


Fig 4 A Diagrammatic illustration of symmetrically formed sleeve-valve. In the closed position the free margin becomes contracted into a central punctate puckered up or apical like closed orifice. B If the cylindrical sleeve is truncated diagonally at the base like the human mitral valve the line of closure will be an eccentric arcuate slit. Note that the length of this slit will be much shorter than the diameter of the open cylinder.

Pathogenesis - Pathology

While most of the microscopic pathologic aspects of rheumatic valvulitis have been investigated intensively and documented thoroughly, they do not, in actual fact, explain the overall development of the stenotic orifice. Undoubtedly, the most important aspect of the pathology with respect to the development of mitral stenosis is the severe inflammatory reaction which involves the free margin and the adjacent periorificial zone of the valve sleeve. The fibrosis of healing produces the effect of a "purse string" about the



Fig 3 Atrial aspect of normal mitral valve showing the arcuate line of closure and the convoluted edge (autopsy specimen) BAILEY, courtesy of "Surgery of the Heart" Lea and Febiger 1955 491

During closure, the free edge becomes "pleated" in many places so that the length of the arcuate line of closure is considerably shorter than the diameter of the valve, as might be expected

As will be described later, the pathological "freezing" of the *delicately folded free edge of the valve in the arcuate line of closure* plus a variable amount of cross-fusion produces "commissures" which, therefore, are pathologic rather than anatomic structures. It must be obvious that mere division of these commissures by surgical means cannot restore the deformed mitral valve to normal or even near normal functional anatomy

On diastole, the valve ribbon moves effortlessly ahead of the atrial blood stream into the ventricular cavity. When the heart is functioning normally the mitral valve is not, however, stretched to its complete "windsock"-form into the ventricle, but merely opens partially. Only on extreme exertion does complete unfolding of the valve take place

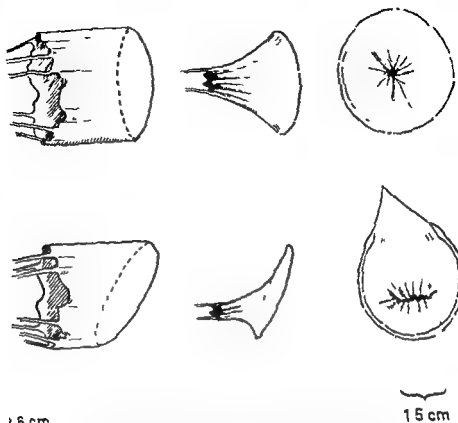


Fig 4 A Diagrammatic illustration of symmetrically formed sleeve-valve. In the closed position the free margin becomes contracted into a central punctate puckered up or anus-like closed orifice. If the cylindrical sleeve is truncated diagonally at the base like the human mitral valve the line of closure will be an eccentric arcuate slit. Note that the length of this slit will be much shorter than the diameter of the open cylinder.

Pathogenesis - Pathology

While most of the microscopic pathologic aspects of rheumatic valvulitis have been investigated intensively and documented thoroughly, they do not, in actual fact, explain the overall development of the stenotic orifice. Undoubtedly, the most important aspect of the pathology with respect to the development of mitral stenosis is the severe inflammatory reaction which involves the free margin and the adjacent periorificial zone of the valve sleeve. The fibrosis of healing produces the effect of a "purse string" about the

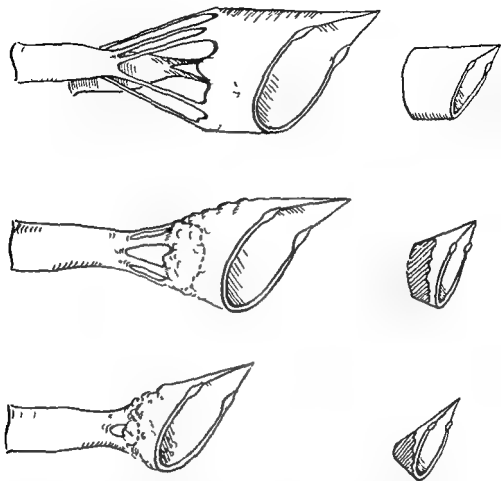


Fig 5 A Diagrammatic representation of a normal mitral valve (open) B The rheumatic process involves the free margin and a periorificial zone of valvular tissue C The healing of these lesions causes purse stringing of the free valve margin. Thus the valve cylinder becomes converted into a cone with a diminutive orifice. Usually the periorificial zone of fibrosis involves the entire length (or width) of the mural portion of the valve. Note however that the septal portion while involved to an equal width remains uninvolved and flexible at its base.

free edge of the valve which, therefore, becomes a conical structure with a small and hardened opening (fig 5 A, B, C)

Since this fibrosing and sclerosing effect is most prominent along the free edge and adjacent valve tissue for a distance of (about 1 cm) the narrower portion of the valve sleeve will be involved totally while on the septal aspect the basal tissue will remain comparatively thin and flexible. This fact enables us to create a new valve mechanism by fashioning a "septal leaflet" which can move freely and effortlessly with the trans-mitral flow of blood.



Fig 6 Commissurotomy for mitral stenosis A Stenotic valve (atrial aspect) B Commissural valvulotomy (atrial aspect) C Ventricular aspect of operated valve Note that the opening established amounts to a fissure of limited size which has hardened lips

Cross fusion of the 'leaflet', in other words, 'commissure formation' has been described as the basic mechanism in the development of mitral stenosis. This does occur in some cases as the result of 'freezing' of the indurated valve in the position of closure or near closure with concomitant adherence of the contiguous 'leaves' at the sites of valve folding. However in a high proportion of individuals who present themselves for mitral surgery, commissure formation is absent at one or both extremities of the residual valve orifice. In these cases the stenosis is the result of an extreme degree of 'purse stringing' of the free edge. The concept of commissurotomy in such valves becomes somewhat academic.

In addition to the changes at the valve edge there are important pathological changes in relation to the subvalvular structures, the chordae tendinae and the papillary muscles. Contiguous chordae tendinae become agglutinated by enveloping fibrinous exudate and, later, cross fused by its organization. These thick chordal aggregates may actually shorten due to the contraction of the organized exudate. Often, however, the longer chordae (of the second order) will adhere to and become imbedded within the ventricular aspect of the valve proper, thereby giving the appearance of shortening. Furthermore, as Brock (18) has pointed out, the apical aspect of the valve may become extended or lengthened by the organization of exudate which accumulates upon its free margin and the immediately continuous web of supporting chordae.

As a result of these changes, one or both of the 'papillary muscles' may be found directly adherent to the thickened and

"elongated" margin of the valve in many patients who come to operation. Unless such secondary reinforcing "subvalvular stenosis" is overcome, simple mobilization of the valve tissue may provide but slight relief of the obstruction (19, 20).

Reorientation of Surgical Concepts

Realistic assessment of these features of anatomy and pathology indicates that the commissural concept upon which the procedure of mitral commissurotomy is based is significantly deficient. In view of our present knowledge and experience it has proven, in fact, to have been merely a step in the right direction. Since, as was mentioned above, the free edges of the valve sleeve become contracted considerably by fibrosis, simple division of the commissures, even in those cases in which they are well formed, will provide but a relatively short fissure or cleft the anatomical aperture of which can not be more than a fraction of the normal valve opening (fig 6 A, B, C). Furthermore, the impedance to forward flow of blood which the functionally limited opening, thus surgically created, necessarily must offer obviously is far greater than that associated with the effortless diastolic unfolding of the delicately convoluted margin of the normal valve. Nevertheless, in many cases considerable immediate symptomatic benefit may be obtained from this kind of operation. The presence of such a fissure created through an area of scarring, may, however, portend a high incidence of reestablishment of the obstruction, due either to subsequent readherence of its lips, or to progressive induration of them and the periorificial zone of involvement as a result of further fibrosis or calcification of the tissues.

Still another factor which militates against the adequacy of relief of the obstruction by division of the commissures only is the nearly consistent finding of fibrosis and rigidity of the entire width of the shorter mural portion of the valve (mural "leaflet"). There does not exist any surgical technique, known to us, which can restore mobility and function to this scarred and carnified arcuate "shelf." Hence, all valvular function following mobilization necessarily must be supplied by the longer septal portion of the valve "cone" which is still flexible at its base. Since the possibility of reestablishing the normal "sleeve valve" action is precluded by the pathology, as described, it becomes necessary to fashion a

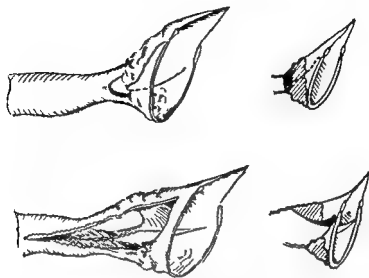


Fig 7 A Neostrophing mobilization of the valve B Note that a septal leaflet or valve flap has been created. Because it is hinged upon the flexible basal portion free mobilization is imparted to this structure

different kind of valve mechanism (barring insertion of a prosthesis). Fortunately it has been found possible by extending the separation of the "commissures" in smooth curves toward the palpatorily recognizable trigonal terminations of the "fibrous horseshoe" to create a chordally well supported valve flap embodying the septal portion of the fibrosed margin of the valve cone (fig 7 A, B). Such a flap valve, while not natural to the mammalian heart is an effective mechanism which resembles in action the normal unicuspid mitral valve of the terrapin (fig 8). Moreover, on the basis of experience with nearly 500 cases, it has been proven feasible to create such a valve technically in a very high proportion of those patient with mitral stenosis which are encountered surgically (fig 9 A, B).

Technical Accomplishment

In 460 patients operated by this technique an adequate septal valve flap has been fashioned (surgeon's estimate) in 70%. In this group the diastolic murmur was abolished in 55%, as compared with only 8% following mitral commissurotomy performed through the left auricular appendage. In nearly all of the remaining 30%



Fig 8 Unicuspid mitral valve of the turtle. In this species there is a single large sail

a compromise was accepted because of the necessity for early termination of the operation due to deterioration of the patient's condition. Many of the patients in these 30% obtained a technical result which, by the conventional criteria of mitral commissurotomy must still be considered excellent.

Operative Morbidity and Mortality

Since adopting the technique of creation of a septal leaflet as a routine procedure in 1956, the incidence of operatively produced arterial embolization has declined from 6.1% to 2.8%. At the same time the incidence of surgically created physiologically significant

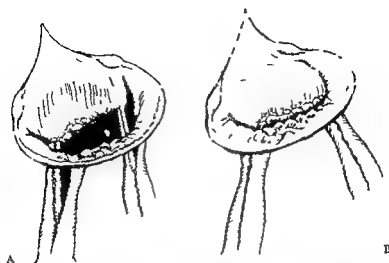


Fig 9 A Stenotic mitral valve which has been subjected to neostrophing mobilization (open position). Note that the directly adherent papillary muscles have been split longitudinally. B Closed valve. BAILEY, courtesy Amer J Card Jan 1 93 (1958)

insufficiency has declined from 49% to 41%*. However, the recognition of a very small regurgitant jet at the apex of the valve cleavage is higher with this surgical procedure since mobilization frequently is continued intentionally until such a "warning" jet is felt. The overall operative mortality in our estimation is still too high (5.8%). The major portion of this mortality has been attributable to circulatory failure occurring during or shortly after the mobilization of the valve. It usually has manifested itself in the form of arterial hypotension, acute pulmonary edema, or frank cardiac arrest. Furthermore, as mentioned previously, nearly all of the compromise procedures (including those associated with creation of appreciable insufficiency) stemmed from the development of circulatory embarrassment on the operating table. Many patients, although they suffer similar circulatory inadequacy during the operation do overcome the physiological strain and survive the operation with satisfactory result. Such a happy outcome, however, does not change the fact that these episodes represent a serious hazard of any type of surgical treatment for mitral stenosis.

* In the conventional mitral commissurotomy

Physiological Considerations

As any cardiac surgeon of experience can attest, the mere application of considerable pressure against the stenotic valve or its annular attachment may induce, apparently by a reflex mechanism, severe hypotension, a run of premature ventricular contractions or momentary asystole. Should the valve orifice be blocked for several beats by the manipulating finger, these effects may become profound. It is nothing short of remarkable that in the majority of cases cessation of these deleterious stresses is followed by rapid restoration of the circulatory status quo ante. It usually is only in patients with longstanding, tight mitral stenosis in whom myocardial degeneration is advanced that the momentary fall in cardiac output with the coincident reduction in the adequacy of coronary perfusion initiates a train of circumstances amounting to a vicious circle of deterioration of the circulatory status.

A very simple and for the most part acceptable explanation for the development of such circulatory failure is that these individuals happen to be just too ill to withstand the stress of the necessary surgical maneuvers without artificial support of the circulation. While deftness and rapidity on the surgeon's part may tend to reduce the incidence of these episodes, clumsiness, slowness, or the creation of mitral regurgitation tend to initiate it. Some type of circulatory support would seem, therefore, to be required in those patients in whom age or the general condition of the heart point to the likelihood of circulatory failure during or following the manipulations.

Another and equally common physiologically adverse development may follow the completion of an otherwise satisfactory mobilization of the valve during the course of which there did not occur a severe or persistent drop of blood pressure. The left atrial pressure instead of becoming reduced following the opening of the valve gradually rises so that shortly after the removal of the finger from the heart the left atrium becomes tense and distended and the left ventricle may be seen to be dilated and contracting with difficulty. Shortly thereafter, in spite of the intravascular administration of stimulant drugs the anesthetist may notice the existence of acute pulmonary edema. While many such patients have been salvaged by the intratracheal administration of wetting agents along with appropriate medical measures, the outlook generally is quite grave.

Rapid venesection while helpful in relieving pulmonary edema tends to aggravate the usually associated arterial hypotension and shock. Happily, we have found that the emergency creation of a small interatrial septal defect (fig. 10) will save the situation in practically

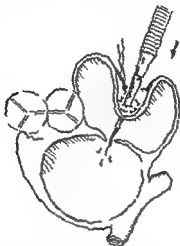


Fig. 10 Diagrammatic illustration of emergency method by which a small "balancing" interatrial septal defect may be created to relieve acute pulmonary edema

every case if the condition is recognized in time. A continuous thrill thereafter palpable through the right atrial wall indicates the fact that the septal defect contributes to effective decompression of the left atrium. Thus, the cause of the pulmonary edema (high left intra-atrial pressure reflected back through the valveless pulmonary veins to the capillary bed of the lung), is removed and the dilatation of the left ventricle is relieved. Such small atrial septal defects close spontaneously in a comparatively short time as has been shown repeatedly in the experimental animal (21). Cardiac catheterization in our cases has shown closure of the defect in all but one case within 12 weeks of operation.

The explanation for this type of circulatory failure seems to lie in the inability of the small and relatively underdeveloped left ventricle to accept the sudden imposition of the greater volume load admitted through the surgically opened valve. Nearly always this type of episode is seen in older patients with long standing very tight mitral stenosis in whom no element of valvular insufficiency exists. Preoperatively the left ventricle may be seen to be very small

in comparison with the large right ventricle and the distended left atrium. Probably the acute failure is related to the rather limited ability of the left ventricle to dilate suddenly while maintaining vigorous contractibility, thus we have reported previously (22). Given sufficient time, measured probably in hours or days, the left ventricle can adjust to this increased volume load. The creation of the small interatrial septal defect provides conditions favorable for such adjustment to occur.

Open Heart Surgery for Mitral Stenosis

With the remarkable success of "open heart" techniques it was logical to try to operate cases of mitral stenosis under direct vision using total circulatory bypass. Unfortunately, it soon became apparent that only the atrial aspect of the mitral valve thereby becomes visible to the operator, that the annulus and the chordo papillary structures still must be dealt with palpatorily. Furthermore, in the non-functioning heart small degrees of mitral insufficiency can not be recognized. Therefore, one has no criterion by which beginning regurgitation may be recognized. The operator, accordingly, is constrained to limit or restrict the opening of the valve to a "safe" size. Such operations, then, are no better than the old commissurotomy procedure although accomplished with much more difficulty. Nevertheless, it is felt that under certain circumstances such as with extremes of valvular pathology open heart surgery for mitral stenosis is indicated.

Closed Bypass-Partial

A much simpler but highly effective method of circulatory support may be provided by withdrawing the major portion of the left atrial return (oxygenated blood) by an appropriately placed cannula and administering it to the patient by way of an arterial cannula. By this means the systemic blood pressure (and coronary perfusion) may be maintained even in the event of digital obstruction of the valve. Remarkably, although the transmitral flow may be reduced in this fashion by 80 % or more, there is little difference in the tactile perception of a small regurgitant jet. Thus, this most important diagnostic sign as to the presence of an element of incompetence is retained.

With this type of circulatory support the surgeon may work slowly and deliberately, secure in his knowledge that the patient's

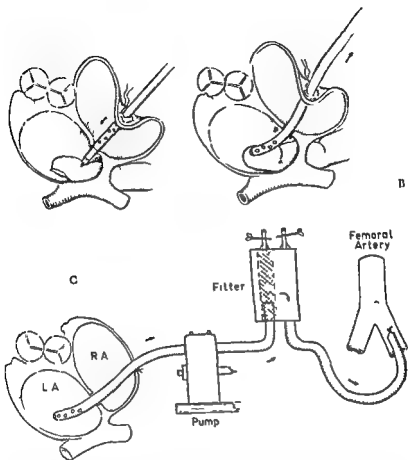


Fig 11 Establishment of left atrial drainage for bypass of the left ventricle only A Penetration of multiwindowed plastic catheter (No 28 Fr) threaded over a sharp pointed obturator which is passed through the interatrial septum B Removal of obturator establishes drainage of left atrium C Diagram of left ventricular bypass system Note that when decannulation is performed a small balancing interatrial defect will be left

condition will not deteriorate suddenly or irretrievably during the course of the operation. Compromise results due to inadequate mobilization of the valve, therefore, become relatively rare. In addition, as long as the left atrial blood is being drained via the bypass circuit the risk of pulmonary edema is practically non-existent. By inserting the catheter which drains the oxygenated

acute left heart failure in case the left ventricle should have difficulty in adjusting to the sudden increase in its volume load

Since the blood requirements for bypass of the left ventricle are small (about 500 cc of citrated blood) the logistic problems of blood procurement which are associated with the usual total cardio-pulmonary bypass technique are not encountered. The procedure does require heparinization of the patient prior to cannulization of the circulatory system. The heparin, however, is easily neutralized by suitable amounts of polybrene* following decannulization with restoration of normal clotting of the patient's blood within a matter of minutes. We have not met any problems of excessive bleeding attributable to the use of this type of bypass.

While, at first, such closed bypass support was used by us only in patients who were either in an older age group or in very poor general condition, the simplicity and ease with which it can be applied has led us recently to provide such physiologic support for all patients undergoing operation for mitral stenosis. By its use the occasional unexpected death from circulatory failure may be averted, and the incidence of compromise operations (incomplete mobilization of the valve) can be reduced to a new low level. We believe that this simple bypass procedure along with the fully developed technique of creation of a flap valve provide us with a far superior and much safer method of surgery for mitral stenosis than has existed to date.

Closed Subtotal Cardio-Pulmonary Bypass

Since the left ventricular bypass depends for its effectiveness upon a normally functioning unassisted right ventricle, it may become necessary in cases of severe and persistent right heart failure (possibly with associated tricuspid insufficiency) to provide physiological support to both sides of the heart. This is most easily accomplished with the help of a conventional oxygenator bypass in which case the unoxygenated blood is collected from the right atrium, passed through the oxygenator, and returned to the arterial tree. Although, the actual intracardiac manipulations for the relief of the stenosis would still be executed within the closed heart, this set-up provides the possibility for opening the left atrium. The

* Methobromate obtainable from Abbott Laboratories, North Chicago, Illinois

presence of a loose clot within the left atrium, may at times make such opening of this chamber advisable.

References

- 1 The Surgical Treatment of Mitral Stenosis Report of the Section on Cardiovascular Surgery of the American College of Chest Physicians Dis Chest (to be published)
- 2 LIKOFF, W AND URICCHIO J F Results of mitral commissurotomy J amer med Ass 166 738 (1958)
- 3 BAILEY, C P Surgical treatment of mitral stenosis Dis Chest 15 377 (1949)
- 4 ELLIS, L B AND HARKEN, D E The clinical results on the first 500 patients with mitral stenosis undergoing valvuloplasty Circulation 11 637 (1955)
- 5 BECK, C S The technique of opening the stenotic mitral valve J amer med Ass 156 1400 (1954)
- 6 DuBost, C , OTEIFA, G AND BLOXDEAL, P Le problème technique de la commissurotomie mitrale résultats obtenus par la dilataison instrumentale de la sténose Mém Acad Chir 80 321 (1954)
- 7 TISSA, O S ed by HOLMES SELLORS, 3rd World Congr Cardiol Brussels 1958
- 8 COVACH, W S , MATRICE, G L AND BERGQUIST, S F Mitral valve surgery. Transventricular valvuloplasty and use of Ivalon sponge pack for mitral insufficiency Dis Chest 35 291-301 (1959)
- 9 SERRIN, J F " " " " " "
- 10 HA " " " " " "
- of : " " " " " "
- 11 NEPTUNE W B AND BAILEY, C P Mitral commissurotomy through the right thoracic approach J thorac Surg 28 15 (1954)
- 12 BAILEY, C P , BOLTON, H E AND MORSE, D P The right approach to the problem of mitral stenosis Surg Clin N Amer 36 931 (1956)
- 13 BAILEY C P AND MORSE, D P Mitral commissurotomy performed from the right side J thorac Surg 33 427 (1957)
- 14 BAILEY C P AND HIROSE, TERLO Maximal reconstruction of the stenotic mitral valve by prostrophingic mobilization J thorac Surg 35 5 (1958)
- 15 BAILEY, C P HIROSE TERLO AND MORSE, D P Mitral stenosis - new concepts of correction by rehinging of the septal leaflet Amer J Cardiol 1 91 (1958)
- 16 ZIMMERMAN J A new look at cardiac anatomy J A Einstein med Cent 7 77-87 (1959)
- 17 CHIECHI M V AND BAILEY, C P La valvola mitrale (Il Pensiero Scientifico, Editore Roma 1951)
- 18 BROCK ■ C The surgical and pathological anatomy of the mitral valve Brit Heart J 14 489 (1952)
- 19 HARKEN D E AND BLACK, H Improved valvuloplasty for mitral stenosis New Engl J Med 253 669 (1955)
- 20 NICHOLS H T AND JAMISON W L Subvalvular mitral stenosis - its recognition and treatment J thorac Surg 29 611 (1955)
- 21 SWAN, H MARESH, G , JOHNSON M E AND WARNER, G The experimental creation and closure of auricular septal defects J thorac Surg 30 542 (1956)
- 22 BAILEY, C P , BOLTON H E , NICHOLS, H T AND GILMAN, R V Ventriculo-plasty for cardiac aneurysm J thorac Surg 35 37 (1958)

Advances in the Surgical Treatment of Aortic Stenosis and Incompetence*

CHARLES P BAILEY** AND JACOB ZIMMERMAN***

Absolute or dynamic impedance to blood flow across the aortic valve respectively presenting in the form of stenosis or incompetence, poses a serious threat to the maintenance of the systemic arterial circulation and thus to the survival of the organism. Fortunately, the left ventricular myocardium is able to compensate for the inefficiency of the valve mechanism by hypertrophy, dilatation, or a combination of these processes, often for many years (fig 1). The compensatory function of the left ventricle is so effective, that for a considerable period of time (frequently measured in decades) the patient may be completely asymptomatic, except perhaps during severe physical exertion. Significant symptoms generally appear only during the late stages of the disease, often during the third or fourth decade of life. The first signs of heart failure, left, right, or combined, indicate exhaustion of the compensatory powers of the left ventricle and this usually implies a very serious prognosis. As a legacy of the years during which no

* The investigative work was supported by the Mary Bailey Foundation for Heart and Great Vessel Research Philadelphia Pa and the Bailey Thoracic Clinic Philadelphia Pa. All physiological data were obtained from Brith Sholom Laboratory Hahnemann Medical College and Hospital Philadelphia Pa.

** Director Bailey Thoracic Clinic Philadelphia Pa. Former Professor and Head Department of Thoracic Surgery Hahnemann Medical College and Hospital Philadelphia Pa. Chief Cardiopulmonary Division Albert Einstein Medical Center Philadelphia Pa. Chief Cardiovascular Surgery Deborah Hospital Browns Mills New Jersey.

*** Resident Surgeon in Cardiovascular Surgery Albert Einstein Medical Center, Philadelphia Pennsylvania.



Fig 1 Tremendous concentric hypertrophy and dilatation of the left ventricle in a case of combined aortic stenosis and regurgitation

surgical treatment for intracardiac lesions existed and the compensatory power of the left ventricle was looked upon by the physician with favor and approval the patient with aortic valvular lesions, reaches the surgeon nearly always in the late symptomatic stage of the disease, frequently after the occurrence of episodes of frank heart failure. It is hardly surprising therefore, that the operative mortality is still rather high considering the necessary severity and extensiveness of surgical intervention. It would seem justified to hope that with further perfection of the now relatively satisfactory surgical techniques to be described which take due heed of the precarious condition of the ventricular myocardium superior results will be obtained with a markedly reduced operative risk. This, we trust will lead to referral of patients with aortic valvular lesions for surgical therapy during a stage of the disease in which the left ventricle is still in good condition.

Advances in the Surgical Treatment of Aortic Stenosis and Incompetence*

CHARLES P BAILEY AND JACOB ZIMMERMAN*****

Absolute or dynamic impedance to blood flow across the aortic valve respectively presenting in the form of stenosis or incompetence, poses a serious threat to the maintenance of the systemic arterial circulation and thus to the survival of the organism. Fortunately, the left ventricular myocardium is able to compensate for the inefficiency of the valve mechanism by hypertrophy, dilatation, or a combination of these processes, often for many years (fig 1). The compensatory function of the left ventricle is so effective, that for a considerable period of time (frequently measured in decades) the patient may be completely asymptomatic, except perhaps during severe physical exertion. Significant symptoms generally appear only during the late stages of the disease, often during the third or fourth decade of life. The first signs of heart failure, left, right, or combined, indicate exhaustion of the compensatory powers of the left ventricle and this usually implies a very serious prognosis. As a legacy of the years during which no

* The investigative work was supported by the Mary Bailey Foundation for Heart and Great Vessel Research Philadelphia Pa and the Bailey Thoracic Clinic Philadelphia Pa. All physiological data were obtained from Brith Shalom Laboratory Hahnemann Medical College and Hospital Philadelphia Pa.

** Director Bailey Thoracic Clinic Philadelphia Pa. Former Professor and Head, Department of Thoracic Surgery Hahnemann Medical College and Hospital Philadelphia Pa. Chief Cardiopulmonary Division Albert Einstein Medical Center Philadelphia Pa. Chief Cardiovascular Surgery Deborah Hospital Browns Mills New Jersey.

*** Resident Surgeon in Cardiovascular Surgery Albert Einstein Medical Center Philadelphia Pennsylvania.

predicting the exact type of pathological changes preoperatively further compound the surgeon's task. Because the maintenance of the systemic arterial circulation is essential for moment to-moment survival of the organism, direct surgical attack upon the aortic valve for acquired lesions was impractical until an effective extracorporeal oxygenator bypass method was developed (fig 3). Congenital aortic



Fig 4 Transventricular dilation of the stenotic aortic valve. *Bailey: Surgery of the Heart*, 1st Edition, January 1955, courtesy of Lea and Febiger, p. 796, fig. 541D.

stenosis in children usually can be corrected with the aid of general bodily hypothermia because of the simplicity of the operative technique which requires but a very short time for the definitive surgery. Closed surgical techniques, however, have been practiced since 1950 (1) for the relief of acquired aortic stenosis. Our present more complete understanding of the anatomic, physiologic and pathologic aspects of aortic valvular disease which to a considerable degree is due to the experience of the last few years has convinced us that these closed techniques are wanting in many important respects (fig 4).

The pathological changes of aortic stenosis are so varied and extensive that closed surgical manipulations, even when assisted by the tactile vision of the surgeon's finger when introduced into

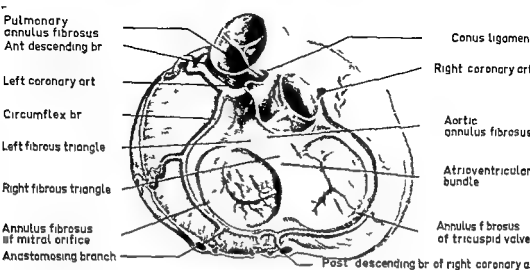


Fig 2 Relations of aortic valve (and aortic root) to many very important structures
 GOULD Pathology of the Heart, p 110 fig 3 19

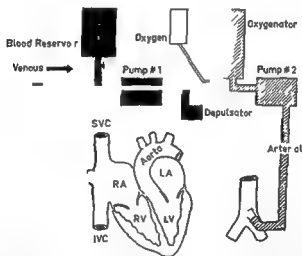


Fig 3 Extracorporeal pump-oxygenator bypass circuit which usually is employed for open surgery upon the aortic valve. Note that the right atrium is drained by a single multi-perforated plastic catheter of large size (40 Fr or larger)

The anatomic position of the aortic valve, the fact that it is situated relatively deeply within the heart, surrounded and related to most important structures, such as the coronary origins and the common conduction bundle, makes a direct surgical approach to it rather difficult (fig 2). The rather severe degrees of pathological mutilation of the valve mechanism as well as the impossibility of

predicting the exact type of pathological changes preoperatively further compound the surgeon's task. Because the maintenance of the systemic arterial circulation is essential for moment to moment survival of the organism, direct surgical attack upon the aortic valve for acquired lesions was impractical until an effective extracorporeal oxygenator bypass method was developed (fig 3). Congenital aortic



Fig 4 Trans-ventricular dilatation of the stenotic aortic valve. BAILEY: *Surgery of the Heart*, 1st Ed., on January 1935, courtesy of Lea and Febiger, p. 796, fig. 541D.

stenosis in children usually can be corrected with the aid of general bodily hypothermia because of the simplicity of the operative technique which requires but a very short time for the definitive surgery. Closed surgical techniques, however, have been practiced since 1950 (1) for the relief of acquired aortic stenosis. Our present more complete understanding of the anatomic, physiologic and pathologic aspects of aortic valvular disease which to a considerable degree is due to the experience of the last few years has convinced us that these closed techniques are wanting in many important respects (fig 4).

The pathological changes of aortic stenosis are so varied and extensive that closed surgical manipulations even when assisted by the tactile vision of the surgeon's finger when introduced into

the aortic lumen cannot be expected to produce consistently satisfactory results (fig 5)

Calcification of the valve which is a prominent feature in the preponderant majority of cases of acquired aortic stenosis is at times more marked in the fused commissures, at other times in the cusp tissues proper. In the majority of these cases instrumental

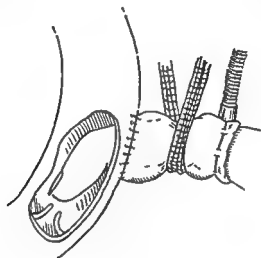
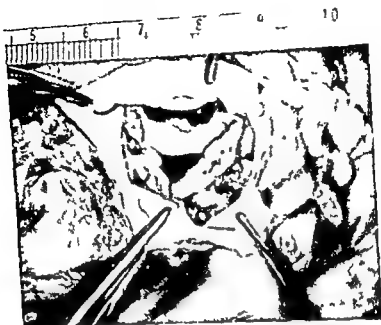


Fig 5 Transaortic exploration of the aortic valve by a closed technique using a pouch sutured to the ascending aorta. The tactile vision so provided has proven significantly deficient in the treatment of aortic stenosis.

dilatation of the stenotic valve orifice with (the hoped for) concomitant fracturing of the calcified areas, although accomplished without producing severe valvular incompetence, can provide but a small increase in the functional opening of the valve (fig 6)

Attempts at closed surgical techniques for the relief of aortic incompetence, although they were instrumental in breaking down the atmosphere of therapeutic hopelessness which surrounded it have proven uniformly unsuccessful. The indirect attack on the valvular insufficiency by the placement of a prosthetic valve in the line of the descending aorta (HUFNAGEL, 2) did for a time gain a certain degree of popularity. Apart from certain serious fundamental problems which the presence of an artificial mechanism in a position of primary function necessarily must present, this technique fails to relieve, probably even aggravates, the effects of the valvular insufficiency with respect to the coronary and cerebral circulation (fig 7)



necessity for an open technique the effort becomes apparent. BARRY, courtesy of J. thorac. Surg. 26: 17, fig. 2D (1953).



Fig. 7. HERSHAGEL ball valve prosthesis inserted into the continuity of the descending thoracic aorta. Note that the aortic valve does not protect the first portion of the cannula (including the cerebral arteries and the coronary arteries) against the effects of the aortic valvular incompetence.

The development of an extracorporeal pump oxygenator by-pass system and its clinical application to the surgical correction of congenital heart lesions (3, 4, 5, 6) provided the impetus for the search for suitable techniques in the surgical treatment of acquired aortic valvular disease. Early bypass techniques which permitted safe operative periods of short duration only and with comparatively low flow rates had to be modified for utilization with adults.

who require flows of 3000-4000 ccm /minute for relatively long periods of perfusion. Such large perfusion flows are facilitated by the use of a wide-bore multi-windowed single catheter (40 Fr or larger) to drain the blood from the right atrium, the superior and inferior vena cava, and also the coronary sinus by gravity siphonage. Tightening of an umbilical tape which has been placed around the main pulmonary artery ensures the completeness of the bypass. The return of large quantities of oxygenated blood to the systemic arterial tree is best accomplished by the use of large arterial catheters inserted into both femoral arteries.

Although the major portion of blood flow is diverted in this fashion from the heart, there still remains a small flow, that from the bronchial arteries, which is sufficient to obstruct the operator's view. An effective special low-pressure suction system, which is but minimally destructive to the blood elements, is essential to permit satisfactory visualization of the aortic valve. The blood from this suction line is returned to the oxygenator and, therefore, is not lost from the circulation.

The oxygenator bypass system with the modification to be described, provides about one hour of safe operating time for the definitive part of the procedure. For more complicated cases, particularly those with aortic incompetence which may require extensive reconstruction of the aortic valve, this period of time may prove uncomfortably short.

The introduction by BLANCO (7) of a completely new perfusion technique which permits much longer permissible periods of extracorporeal bypass, has been extremely helpful. This involves the utilization of the patient's own lungs for oxygenation of the bypassed blood and, therefore, avoids the damage to the blood which results from extracorporeal oxygenation. With this technique, all venous blood is drained from the right atrium, as described, and is then returned with the help of a pump to the main pulmonary artery for oxygenation by the lungs. The oxygenated blood is collected from the left atrium by a large (No 40 French) plastic catheter and is returned to the systemic arterial tree with the help of a second pump. Efficient drainage of oxygenated blood from the left atrium depends upon the presence of a competent and undisturbed mitral valve. As a precautionary safeguard, a conventional oxygenator bypass system always is set up in parallel with the autogenous lung system (fig. 8).

A specific problem of "open" techniques for the correction of aortic valvular lesions is concerned with the necessity for definitive perfusion of the coronary arteries with oxygenated blood during the bypass period. In view of the frequently severe degrees of

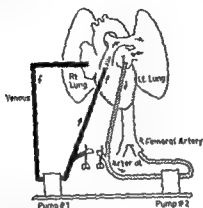


Fig 8 Diagrammatic representation of the — — — — —
in which the patient's own lungs are used
oxygenator should be placed in parallel
(at sites of clamps)

myocardial hypertrophy encountered in patients with acquired aortic valvular lesions, it is hardly surprising that complete interruption of the coronary blood flow is not tolerated well by the heart.

The hypertrophied myocardium with its coronary arterial network already "strained" to the limit, withstands anoxia poorly. This applies especially to the specific conduction tissue (His), which appears to be extremely sensitive to oxygen want. It has been shown (8) that elective cardiac arrest does not reduce the oxygen requirements of the heart significantly and provides, therefore, no answer to this problem. Recent studies with regard to potassium arrest have, in fact, thrown considerable doubt upon its "harmlessness" (9). Although, in an occasional instance even prolonged myocardial anoxia may not prevent complete return of normal myocardial function, this cannot be expected in every case. Retrograde perfusion via the coronary sinus as suggested by BLANCO (10) and utilized by LILLEHEI (11) and BAILEY (12) has not proven satisfactory in our experience due to the inconsistent pattern of the venous drainage of the heart. In some cases practically the whole

myocardium can be supplied in this fashion with arterial blood but the pattern of the venous network of the heart cannot be predicted ahead of time. The problem of blood supply for the myocardium was finally solved by the introduction of the technique of direct

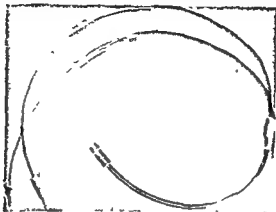


Fig 9A NUNEZ yoked catheters for direct coronary cannulation and perfusion

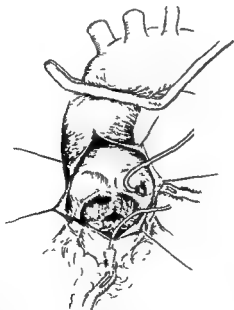


Fig 9B Sponge rubber cuffed tips of NUNEZ catheters introduced into coronary ostia. Mattress or purse-string sutures placed about the ostia prevent expulsion by the perfusion pressure

perfusion of the coronary arteries during the open part of the procedure. As soon as the aorta is incised, specially prepared catheters of the type devised by NUNEZ are inserted and sewn into the two coronary ostia. Oxygenated blood then is pumped into the

coronary arteries in suitable quantities (600-1000 cc /minute in the average patient) With such a supply of oxygenated blood to the myocardium, the heart may be permitted to beat normally (fig 9A, B) It may, however, be advisable to induce ventricular fibrillation with the help of an inductorium This will provide a comparatively quiet field and more effective drainage of the left ventricle by the low pressure suction set-up

The placement and closure of the incision into the aorta require considerable attention While it is important to make an opening large enough to provide a satisfactory exposure of the valve which is situated deeply "within" the heart, every care must be taken to prevent extension of the incision to the vicinity of the right coronary ostium for fear of compromising the size of this important orifice when the incision is repaired Because of the nature of the artery in this vicinity and its "fixation" to the ventricular myocardium, the aortic wall may tend to tear readily Such a disadvantageous complication must be avoided since closure of the lowermost part of the incision, at times, may be very difficult With the help of a meticulous technique using two rows of continuous sutures, one mattress, and one over and over, a very satisfactory closure generally can be obtained Not infrequently because of the friability of the aortic wall, the very considerable tension on the suture line due to the intra-aortic pressure, and the fixation of the aortic root, it becomes advisable to use strips of Ivalon sponge to buffer and strengthen the line of aortic closure

Aortic Stenosis

The concept of "commisural" separation which underlay the closed techniques for aortic commissurotomy is deficient in many respects The normal aortic valve opens up during systole by a centrifugal or outward movement of the valve cusps Such a movement requires the existence of unfused commissures and thin flexible valve cusps (fig 10) Rigid valve cusps, such as those which are usually encountered in aortic stenosis (in part, due to extensive calcification) cannot move out of the way of the blood stream even though the commissures may be completely unfused Conversely, of course, even thin cusps cannot separate if held together by extensively fused commissures

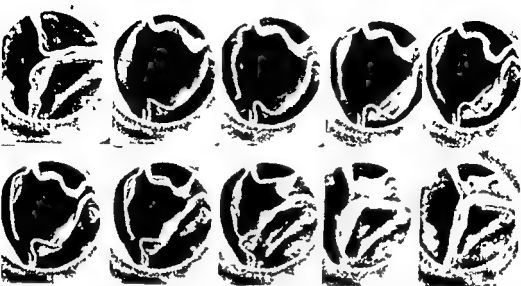


Fig 10 Cine photographs showing successive positions of aortic valve cusps during cyclic (mechanical) perfusion of the isolated aortic valve. Note that wide opening of the valve requires both flexibility of the cusps and lack of cross fusion at the commissures. MACMILLAN Brit Heart J 11 56 (1955)

A satisfactory concept of the surgical relief of aortic stenosis, therefore, must provide a method for correction of both of these pathological features. Furthermore, it is important that, in addition to mobilization and to flexibility of tissue, the cusps preserve their cup-like configuration since this is essential for valvular competence. A flexible cusp which has lost this configuration may produce serious valvular incompetence by prolapsing in the direction of the ventricle during diastole unless prevented from doing so by commissural fusion to one or other of its fellow cusps (fig 11).

The open technique for surgical correction of aortic stenosis as described herein is based upon the consideration of all three of these important aspects of the normal and pathological anatomy of the aortic valve. In the less common case with only commissural fusion of relatively flexible and well formed cusps (most commonly seen in congenital aortic stenosis) simple but critically accurate division of the fused commissures may be all that is necessary for maximal restoration of aperture and function (fig 12A B). This may be accomplished quickly with a hypothermic technique or with pump oxygenator bypass without the need for direct perfusion of the coronary arteries. In the great majority of cases of aortic stenosis

in the adult, however, calcification and loss of cup-like configuration of the valve cusps play a part which may transcend the importance of commissural fusion in any given case. GROSS AND KUGEL (13) describe the aortic susp. as being composed of two layers - the fibrosa on the concave aspect and the spongiosa on the convex or ventricular aspect. Calcification involves more commonly the layer on the concave aspect of the aortic valve cusps. The convex layer is much less often involved. When the calcification is limited



Fig 11 Prolapse of an aortic valve cusp which permits severe incompetence. BAILEY, courtesy of Amer J Card 39 fig 7 (1939)



Fig 124 Critically accurate division of the aortic commissures under direct vision may be all that is necessary to restore a good functional opening if the cusps are flexible and retain their normal deep cup-like configuration

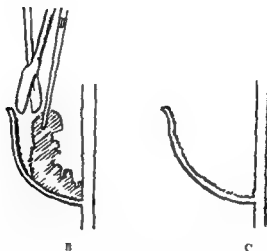


Fig 12B "Sculpturing" of the stenotic aortic valve by removing the scarred and calcified layer of the cusp. In most instances the pathology will be limited to or maximal upon the concave aspects of the leaflets.

Fig 12C In many instances excision of the densely scarred and retracted layer of the leaflet will provide a significant increment of lengthening of the thinned cusp. This will tend to overcome any associated incompetence. BAILEY, courtesy of Amer J Card 3 fig 22a b (1959)

to one of these layers it may be possible to eliminate the calcific encrustation completely by dissection of a cleavage plane and excision of the affected layer. This leaves behind the uninvolved (or less involved) layer which provides a cusp of adequate strength and significant flexibility. Often a certain increment of lengthening of the effective valve cusp is gained by removal of the retracting scarred and calcified layer. This may be instrumental in correcting a less important element of valvular incompetence which not infrequently coexists (fig 12B, C).

More often, however, the pathological lesions are not so conveniently distributed. It becomes necessary then to remove the calcific encrustations in piece-meal fashion with the help of rongeurs and curettes to restore flexibility to the valve cusps. If feasible, maximum functional mobility of the central portions of the three cusps is achieved first. It is understood that severely calcified cusps which have completely lost their cuplike configuration must not be so thinned or sculptured since their very rigidity may provide an important element of protection against subsequent prolapse should it be felt advisable to detach one or both extremities from an adjacent cusp (commissural separation). Only after very careful and critical evaluation of the mobility, configuration, and support

of the resultant cusps may consideration be given to the division of one or more commissures. In order to lessen the risk of creating valvular incompetence, division of the commissures is performed in small and carefully controlled increments. The existence of solid calcification of a commissure which apparently extends through and through from one cusp to its fellow may indicate that surgical division of this commissure is not advisable. On the other hand, a fibrous, leathery consistency of the concave aspects of the cusps in the region of a fused commissure denotes a safer situation. In many instances after division of a commissure, a blocklike calcific encrustation beneath the divided commissure must be removed if a good functional aperture is to be obtained. The surgical removal of calcified areas must be executed with the greatest of care not only to avoid perforation of a cusp but also to avoid the danger of calcific embolization upon the resumption of normal valve movement. This applies particularly to removal of fragments from the convex aspect of the valve-cusps and the outflow tract. It may be advisable to pack the left ventricular outflow tract with gauze packing during the manipulations to reduce this danger.

The results of the surgical relief of aortic stenosis by the open technique described are often striking. The second aortic sound which is so typically absent in severe aortic stenosis frequently is restored to normal intensity postoperatively. The gradient across the aortic valve usually is reduced considerably while the flow across the valve is increased. (A preoperative gradient of 50 mm across the valve with a normal cardiac output is taken as the minimum indication for surgical intervention.)

Since excellent symptomatic results are obtained consistently even when the functional opening has been increased only to 30% of normal, the surgeon should not unwisely risk production of a serious degree of valvular incompetence in a hazardous attempt to obtain a more ideal valve opening. This may require maintenance of fusion of one or more commissures.

The mechanism of calcification of the valve components is not known. The possibility of recalcification with resulting recurrence of significant aortic stenosis, therefore, must be accepted. We believe that the larger the functional opening obtained surgically and the greater the mobility of the cusps, the less the risk of early recalcification and restenosis. Unfortunately, however, the pathology is such that it is quite impossible at present to achieve an excellent

functional result in every case. The intensive utilization of medical measures which may reduce the danger of recalcification is of real importance in these patients after the surgical correction of the stenosis. Presumably, this should include the use of chelating agents as well as a calcium restricting diet. In general, it is certainly fair to state that the open operation described is a marked improvement over earlier techniques although it cannot be considered a completely ideal one.

Aortic Insufficiency

While the "open heart" technique for aortic valvular lesions has merely improved, although markedly, the results of the surgical therapy for aortic stenosis, it has revolutionized completely our attitude towards the surgical correction of aortic insufficiency. From our recent experience with this lesion, it has become abundantly clear that an intelligent therapeutic approach must be based upon an accurate recognition of the different pathological lesions which can cause this clinical entity.

These are many etiological factors which may produce aortic insufficiency and, although certain pathological lesions tend to be associated with one or other of these factors this relationship is in no way consistent. Congenital malformation, rheumatic carditis and valvulitis, lues, Marfan's syndrome, and trauma are common primary factors in the development of incompetence of the aortic valve. Secondary factors such as bacterial endocarditis, degenerative changes and widening of the aortic root due to left ventricular dilatation (possibly as part of a vicious circle) may play a prominent part in the final picture of the disease.

Whatever the etiological cause of the pathological changes, however, the delicate, precise tricuspid aortic valve mechanism usually is completely and irretrievably destroyed. Only very rarely does a significant degree of incompetence exist in the absence of basic mutilation of the tricuspid mechanism (except in the case of a perforated valve cusp due to trauma, accidental or surgical, bacterial endocarditis or congenital fenestration).

With the exception of perforation of a cusp in which the incompetence can be corrected by patching with Ivalon sponge, and the relief of a component of incompetence in a predominantly stenotic valve by suitable "sculpturing" of the cusps, bicuspidization of the aortic valve has proven to be our most effective method

for the restoration of valvular competence. A bicuspid semilunar valve arrangement, although it provides a relatively smaller valve opening, is a far more stable mechanism than a tricuspid one with respect to valve closure.



Fig 13 Rheumatic aortic valve. Not only is there beginning commissural obliteration, but the valve edges tend to become rolled inward toward the sinuses of Valsalva and to become prolapse. (Bailey, courtesy of J Thorac Surg 31: 373 (1956))

Effective bicuspidization of the aortic valve can be accomplished by several different techniques. This choice of the technique in each individual case depends upon the pathological problem involved. Careful evaluation of the clinical picture, particularly the etiological cause, if it can be established, may point to one or another of the pathological types. Radiographic visualization of the root of the aorta with the help of contrast media is more helpful in quantitating the amount of regurgitation than in predicting the type of pathology qualitatively. Generally, only after careful inspection of the exposed aortic valve at the operating table will the surgeon be in a position to decide upon the exact technique suited to the individual case.

Type I By far the commonest cause of the valvular incompetence is the deformation of one or more of the leaflets by retraction or curling of the cusp edge. The great majority of these lesions are due to rheumatic inflammatory changes (fig 13). In some instances one of the edges is abnormally stretched so that there exists

functional result in every case. The intensive utilization of medical measures which may reduce the danger of recalcification is of real importance in these patients after the surgical correction of the stenosis. Presumably, this should include the use of chelating agents as well as a calcium restricting diet. In general, it is certainly fair to state that the open operation described is a marked improvement over earlier techniques although it cannot be considered a completely ideal one.

Aortic Insufficiency

While the "open heart" technique for aortic valvular lesions has merely improved, although markedly, the results of the surgical therapy for aortic stenosis, it has revolutionized completely our attitude towards the surgical correction of aortic insufficiency. From our recent experience with this lesion, it has become abundantly clear that an intelligent therapeutic approach must be based upon an accurate recognition of the different pathological lesions which can cause this clinical entity.

These are many etiological factors which may produce aortic insufficiency and, although certain pathological lesions tend to be associated with one or other of these factors this relationship is in no way consistent. Congenital malformation, rheumatic carditis and valvulitis, lues, Marfan's syndrome, and trauma are common primary factors in the development of incompetence of the aortic valve. Secondary factors such as bacterial endocarditis, degenerative changes and widening of the aortic root due to left ventricular dilatation (possibly as part of a vicious circle) may play a prominent part in the final picture of the disease.

Whatever the etiological cause of the pathological changes, however, the delicate, precise tricuspid aortic valve mechanism usually is completely and irretrievably destroyed. Only very rarely does a significant degree of incompetence exist in the absence of basic mutilation of the tricuspid mechanism (except in the case of a perforated valve cusp due to trauma, accidental or surgical, bacterial endocarditis or congenital fenestration).

With the exception of perforation of a cusp in which the incompetence can be corrected by patching with Ivilon sponge, and the relief of a component of incompetence in a predominantly stenotic valve by suitable "sculpturing" of the cusps, bicuspidization of the aortic valve has proven to be our most effective method



Fig 15A Preoperative aortogram performed in a 32 year-old white female E A showing 4 plus incompetence of the aortic valve
 Fig 15B Postoperative aortogram performed in E A following bicuspidization by creation of a conjoint cusp from two prolapsed ones Note absence of regurgitation

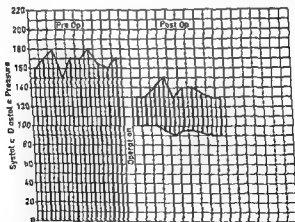


Fig 15C Blood pressure charting in E A showing elevation of the diastolic blood pressure level following bicuspidization To be published

annulus of the aortic valve which conceivably could be constricted. The only theoretical equivalent of a valve ring is the zig-zag line of the peripheral attachment of the three aortic cusps to the root of the aorta.

a tendency toward prolapse of the cusp in the direction of the ventricle during diastole (see fig 11)

Surgical correction of this type of lesion consists in transforming the valve into a bicuspid one by suturing the deformed cusp to one of its normal or abnormal fellows, thus creating a practically fixed shelf while leaving the third (most nearly normal) cusp to move freely out of the way of the blood flow during systole while during diastole it can abut securely against the conjoint fixed shelf (fig 14A, B, C)



Fig 14A Diagrammatic representation of top view of an aortic valve with a single severely retracted perhaps prolapsed cusp

Fig 14B By suturing the deficient leaflet to one of the adjacent normal (or abnormal) cusps a larger conjoint cusp will be created. This structure can support itself as a relatively fixed shelf by virtue of its attachment to two thirds of the aortic circumference. The suture line should be buffered by thin strips of Ivalon sponge

Fig 14C Valve function is provided by movement of the remaining normal cusp
BAILEY courtesy Amer J Card 3 15 (1959)

The reduction in aperture size thus created is not critically significant and valvular competence will be complete, provided the free cusp is of normal structure and flexibility (fig 15A, B, C)

Type II Circumferential widening of the aortic root by increasing the size of the aperture to be defended causes a relative dearth of the otherwise normal valvular tissue, thus resulting in incompetence of the valve. Although classically caused by syphilis, this type of pathology may be seen following rheumatic and other forms of carditis (fig 16A, B, C). Usually the cusps are intrinsically unchanged, although secondary affections may alter this too. Constriction of the "aortic annulus" with a sash, as practiced some years ago by one of us (C P B) (14) and more recently by others (15) has proven to be of but temporary benefit.

This is not surprising in the light of our present knowledge of the anatomy of the aortic root (6). There is, in fact, no circular



Fig 181 Lateral roentgenogram of H B a 58-year-old white female with a greatly dilated (calcified) aorta and free insufficiency



Fig 18B



Fig 18C
the aortic
cusp Bec

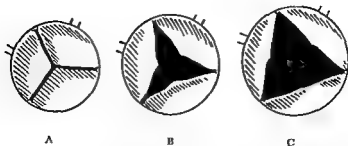


Fig 16A Diagrammatic illustration of a normal aortic valve

Fig 16B Extensive dilatation of the aortic root causes incompetence although the cusps may be intrinsically normal

Fig 16C Extreme dilatation "stretches" the free margins of the cusps into the position of "bow-strings" leaving a large central "aperture of incompetence" Amer J Card 3 11 (1959)

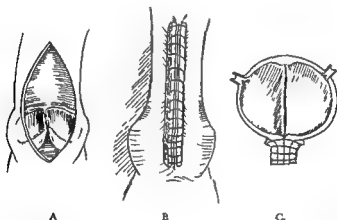


Fig 17 Method of correction of aortic incompetence due to dilatation of the root

Fig 17A The non-coronary cusp, the sinus of Valsalva, and an ellipse of aortic wall are excised. Note that the fibrous line of cusp attachment to the aortic wall is preserved

Fig 17B The aortic wall is repaired using strips of Ivalon sponge to buffer the suture line

Fig 17C Top view showing that the free margins of the remaining cusps (coronary bearing) now lie as contiguous diameters of the much reduced circular aortic aperture Amer J Card 3 12 (1959)

Effective correction of this type of incompetence can be accomplished by another method of bicuspidization. This involves excision of the non-coronary valve cusp, together with the greater portion of the associated sinus of Valsalva. Closure of the gap in the artery by approximation of the two limbs of the fibrous V of attachment of the excised cusp will result in a fully competent bicuspid valve (fig 17A, B, C). Since the aortic aperture has been too large, it readily tolerates this amount of reduction. The results

of this kind of correction of aortic incompetence are very gratifying since a completely competent valve usually may be established without causing serious stenosis of the aortic opening (fig 18A, B, C, D)

Type III Occasionally perforation or tears of the cusps are seen as isolated defects. This may be the result of bacterial endocarditis or of trauma, either accidental or following closed procedures for aortic stenosis. When isolated, repair of the defect with a patch of Ivalon sponge may be all that is necessary. If, however,

described for Type I patients

Type IV In the three pathological types described so far, a satisfactory surgical result is based upon the fact that in the majority of cases of aortic incompetence there is at least one good valve cusp which can be utilized to refashion an effective valve mechanism.

When this is not true the correction of aortic incompetence requires a complete reconstruction of the whole valve mechanism. Generally this will require a considerable length of time and

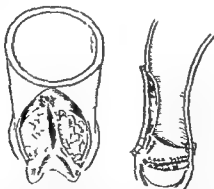


Fig 20 Continuation of reconstruction of aortic valve such as depicted in fig 19

Fig 20 A By suturing the free lateral margin of each side of the partially divided flap of aortic wall to the appropriate coronary bearing cusp each of these leaflets can be so elongated that a truly bicuspid valve structure will be created

Fig 20 B Suspensions of the distal extremity of each of the aortic strips to the anterior aortic wall using buffering strips of Ivalon sponge and high attachment of the conjoint portion of the flap to the prosthetic patch used for repair of the aortic wall provides competence to the new valve

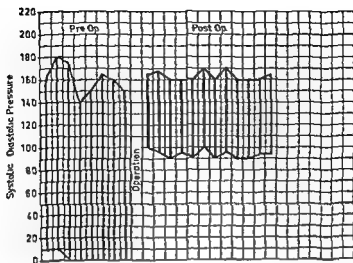


Fig 18D Blood pressure chart in H B showing marked elevation in the diastolic level following bicuspidization Amer J Card 3 12-13 (1959)

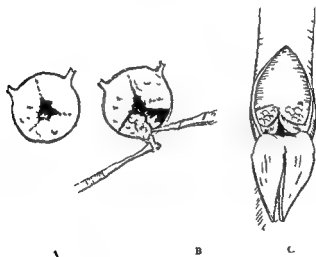


Fig 19 Method of valve reconstruction for aortic regurgitation which may be employed when all three cusps are so damaged that no one can be returned to effective function
Often serious stenosis coexists

Fig 19A Extremely calcified and stenotic valve

Fig 19B Excision of non-coronary cusp overcomes much of the stenosis although it increases the element of incompetence

Fig 19C Mobilization of an elliptical portion of the aortic wall as a flap pedicled at the base of the excised cusp. The flap is incised longitudinally for most of its length
Amer J Card 3 18-19 (1959)

valvular incompetence. Aortic insufficiency can now - with the help of the open techniques - be corrected very effectively by surgical means. In the majority of cases, competence of the valve is achieved by surgical bicuspidization. The particular technique in each individual case depends upon the type of pathology involved.

Bibliography

- 1 BAILLY, C P., REDONDO-RAMIREZ, H P AND LARZELLE, H B The surgical treatment of aortic stenosis J Amer med Ass 159 164 (1952).
- 2 HUTNAGEL, C A. AND HARVEY, W P The surgical correction of aortic regurgitation Bull Georgetown Univ med Cent 6 60 (1953)
- 3 GIBBON, J H, Jr Application of mechanical heart and lung apparatus in cardiac surgery Minnesota Med 37 171 (1954)
- 4 CRAWFORD, C A. Senning development of extracorporeal circulation with heart-lung a . . .
- 5 KIRKL . . .
HARRIS . . .
mechanical pump oxygenator system (Gibbon Type) Report of eight cases Proc. Staff Meet Mayo Clin 30 201-206 (1955)
- 6 DE WALL, R A, VARCO, R L AND LILLEHEI, C W Total body perfusion for open cardiectomy Utilizing the bubble oxygenator J thorac Surg (accepted for publication 1956)
- 7 BLANCO, G OEA C J . . .
C P . . .
card . . .
- 8 BRIS . . .
fibr . . .
- 9 HELMSTWORTH, J A., KAPLAN, S, CLARK, L. C., McADAMS, J M., EDWARD, C. AND EDWARDS, F K Myocardial injury associated with asystole induced with potassium citrate . . .
- 10 BLANCO, G . . .
aortic valve . . .
(1956)
- 11 LILLEHEI, C W, GOTT, V L, SELLERS, R D, HODGES, P G AND VARCO, R L. Clinical experience with retrograde perfusion of the . . .
- 12 BAILLY, C P, J . . .
treatment of aort . . .
- 13 CROSS, L. AND H . . .
in the human heart Amer J . . .
- 14 BAILLY, C P Surgery of the . . .
Pa., 1955)
- 15 TAYLOR, W J, THROWER, W. B BRACK W . . .
- 16 . . .

Author's address: Charles P. Bailey M.D. Bailey Thoracic Clinic, 245 North Broad Street
Philadelphia 7, Pa (USA)

5 Fortschr Handel, Vol 2

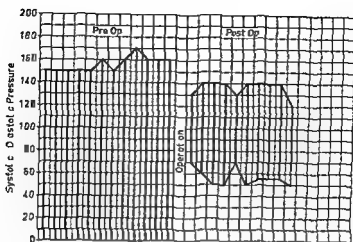


Fig 20C Pre and postoperative blood pressure range in M W a 54 year old male who underwent valvular reconstruction with an aortic wall flap Amer J Card 3 20 (1959)

should, therefore, not be attempted unless an autogenous lung bypass setup is available to permit a long period of work with the open heart, or unless hypothermia is to be combined with the bypass

This technique also will apply to lesions of combined stenosis and regurgitation with extreme calcification of the valve

Essentially, it involves excision of the noncoronary cusp (which, in the case of concomitant stenosis, would relieve this aspect of the pathology) and the deepening and lengthening of the remaining two cusps by suturing to each of them a narrow pedicled flap of aortic wall. Thus, by extreme lengthening of the coronary bearing cusps, a bicuspid valve will be established (fig 19A, B, C)

The large defect in the aortic wall is then closed up with a watertight prosthetic patch of Ivalon-Teflon sponge (fig 20A, B, C)

Summary

The introduction of "open heart" techniques has provided the conditions essential for effective surgical treatment of acquired aortic valvular lesions. Direct perfusion of the coronary arteries protects the myocardium against anoxia during operation. The development of an autogenous lung bypass system has further extended the scope of this type of surgery. The treatment of aortic stenosis must be based upon very careful evaluation of the local pathology and involves sculpturing of the cusps and division of the commissures when this can be accomplished without creating

out to do a closed pulmonary valvotomy and is faced with an infundibular stenosis may be completely defeated and have to close the chest. This had happened in two of my cases at a first operation by other surgeons.

Indications for Operation

Not all cases of pure infundibular stenosis will necessarily need operation for the degree of stenosis may not be severe enough.

It is often asked what should be done when the patient has no symptoms. I find this approach to cardiology almost contemptible. Nature has endowed the heart with great reserve powers and the myocardium can hypertrophy sufficiently to overcome the effect of the stenosis, in so far as symptoms or disability are concerned, especially in children or young adults. It is not for us to base our advice on the absence of symptoms, if so why do we trouble to spend so many years training to be doctors and specialists if we apply only the criteria of the layman? In such a problem our duty lies in assessing how much burden the heart is carrying, how much strain it is exposed to in order to achieve the symptomless, or near symptomless state.

The absence of cardiac enlargement does not exclude serious obstruction. The most valuable help is given by clinical evidence of raised venous pressure by the absence of

ventricular pressure

T wave in

operation, if V_1 to V_4 are affected the stenosis is invariably severe and the right ventricular pressure may be as high as 150 mm Hg or even 200 mm Hg. Arbitrarily I suggest that every patient with a right ventricular pressure of 75 mm Hg or over needs operation. Between 50 mm Hg and 75 mm Hg

decision must

the electroc

observe the right ventricular pressure during exercise because it may then be much higher.

If the patient's condition is poor, if the heart is large and right sided failure present the case may well be inoperable, or operation can only be done with a very high risk.

Treatment

In my first 6 cases I performed a closed infundibular resection using either a circular punch or a special spur punch, or both.

Pure Infundibular Stenosis

By *SIR RUSSEL BROCK, London*

This condition is rare and yet it is essential that both physicians and surgeons should be aware of it as it is liable to be misdiagnosed. The literature is scanty because few people have had experience of many cases. My own experience is shown below in comparison with experience in pure pulmonary valve stenosis.

Pulmonary valve stenosis (normal aortic root)	155 cases
---	-----------

Infundibular stenosis (normal aortic root)	12 cases
--	----------

In contrast aortic subvalvar stenosis is much more common, probably forming about one-third of cases of congenital aortic stenosis.

Diagnosis

That misdiagnosis is common is shown by the fact that in 6 of my 12 cases a wrong diagnosis had been made before operation in spite of cardiac catheterisation having been done in all but one. The most helpful differential feature in diagnosis is the absence of post-stenotic dilatation of the pulmonary trunk, but this is not always reliable. Cardiac catheterisation should reveal that the pressure change occurs below the valve level, but here again mistakes are made. Angiocardiography is more likely to give the correct diagnosis.

Cyanosis has been absent in all 12 cases, the atrial septum has always been closed. However, I have seen one post-mortem specimen in which a large atrial communication was present with cyanosis during life.

Failure to differentiate the condition from pure valvar stenosis is serious if the surgeon is not equipped to perform open cardiectomy at short notice when the condition is revealed at operation. Today many surgeons are using open surgery for pulmonary valvar stenosis and so preparations may already have been made. The surgeon who has had little experience in heart surgery and sets

out to do a closed pulmonary valvotomy and is faced with an infundibular stenosis may be completely defeated and have to close the chest. This had happened in two of my cases at a first operation by other surgeons.

Indications for Operation

Not all cases of pure infundibular stenosis will necessarily need operation for the degree of stenosis may not be severe enough.

It is often asked what should be done when the patient has no symptoms. I find this approach to cardiology almost contemptible. Nature has endowed the heart with great reserve powers and the myocardium can hypertrophy sufficiently to overcome the effect of the stenosis, in so far as symptoms or disability are concerned, especially in children or young adults. It is not for us to base our advice on the absence of symptoms, if so why do we trouble to spend so many years training to be doctors and specialists if we apply only the criteria of the layman? In such a problem our duty lies in assessing how much burden the heart is carrying, how much strain it is exposed to in order to achieve the symptomless, or near symptomless state.

The absence of cardiac enlargement does not exclude serious obstruction. The most valuable help is given by clinical evidence of raised venous pressure, by the electrocardiogram, and by the right ventricular pressure as shown at cardiac catheterisation.

T wave inversion in V 1 and V 2 usually indicates the need for operation, if V 1 to V 4 are affected the stenosis is invariably severe and the right ventricular pressure may be as high as 150 mm Hg or even 200 mm Hg. Arbitrarily I suggest that every patient with a right ventricular pressure of 75 mm Hg or over needs operation. Between 50 mm Hg and 75 mm Hg the case is less precise and the

ventricular pressure during exercise because it may then be much higher.

If the patient's condition is poor, if the heart is large and right-sided failure present the case may well be inoperable, or operation can only be done with a very high risk.

Treatment

In my first 6 cases I performed a closed infundibular resection using either a circular punch or a special spur punch, or both.

membrane which is rebuilt after the excitation has passed. The charged groups of the protein will tend to attract enough ions for their complete balancing. Naturally, if balanced completely there will be no force left to bring actin and myosin together again. So, in the isolated frog heart, the tension developed after a longer pause will be very poor and will rise stepwise with each contraction at the measure as the K^+ is expelled again gradually by the single beats, — a phenomenon discovered by Bowditch and called the "Treppe" (Treppe meaning a "staircase" in German*)

The situation will be different in the body and heart muscle. The former often is quiescent for long periods to enter suddenly into maximal activity. In this muscle the ionic concentrations have thus to be stabilized at the optimum. Since body muscle consists of independent muscle fibers, each with its own nerve ending, the tension developed in its contraction can be regulated by altering the number of fibers which are brought to contraction. This is not the case with heart muscle which is a syncytium, a network, in which the fibers are connected and have to contract simultaneously. Here the qualities of the contraction within the single fibers have to be regulated and adjusted to the functional demand. *In vivo* the tension developed by the heart muscle is greatly modified by the adrenaline secreted by the sympathetic, and the ACH secreted by the parasympathetic nerve endings. How adrenaline and ACH influence the tension developed by actomyosin we do not know. None of the two acts directly on actomyosin. Even if they could, the number of their molecules would be too small to influence the more numerous molecules of actomyosin directly. There must be an amplifier between the two, the hormones have to act on a more central point which can hardly be anything else than the membrane. The fact that we do not understand how they actually act on it is not surprising since we do not understand the membrane at all and still less its relation to actomyosin. Not only changes of the membrane seem to influence actomyosin but also its state seems to have a dominating influence. Hajdu's experiments seem to give some information about this point. He studied the relation between the intracellular (K^+) and the membrane potential. As mentioned, a low (K^+) tends to keep actin and myosin together and produce contracture. Hajdu has varied the membrane potential and found a definite relation between this potential

* Bowditch did these experiments in Germany in Ludwig's laboratory

muscle membrane. The experiments showed that these substances, digitoxin or strophanthin, applied in therapeutic concentrations, actually abolished the staircase and there are reasons to believe that they actually exert their therapeutic activity by restoring the normal degree of permeability. In spite of sporadic reports to the contrary I was never able to find a direct action of digitalis like substances on actomyosin which could explain their biological activity, while their action on the staircase is striking indeed. It could be shown that the heart of frogs succumbing to an infection, actually fails because of the increased K^+ -permeability of its membrane. A "dead heart" could readily be restored to normal activity by decreasing its (K^+) , by decreasing the (K^+) of the perfusion fluid or by adding digitalis or strophanthin to the perfusion fluid. These are reasons to believe that the failure of the heart was actually due to the increased (K^+) , the digitalis action to a decrease of this (K^+) . The heart, if left to itself, is able to compensate for the increased K^+ -permeability of its membrane only by increasing its frequency. This naturally, cuts down also the time available for recovery and sends thus the heart into a vicious circle. Digitalis, by decreasing the permeability, brings the heart out of this vicious circle, allows it to resume its normal function.

The digitalis is an important factor in the heart's work. It is not only a "drive" for the heart, but also a "brake" for it. It is a sick heart that is missing this balance. One should not hesitate to apply digitalis even in mild cases of a weakened function even if there is no active pathological agent present anymore and weakness is but the remnant of earlier disease.

An analogous influence of the K^+ permeability of the membrane has since been found also in erythrocytes in different quarters.

Moulin and Wildbrandt have found lately that, similarly to digitalis, the staircase could be abolished also by increasing the (Ca^{++}) of the perfusion fluid, and are inclined to think that digitalis does not produce its action by altering the (K^+) but by acting on the Ca transport, a contention supported also by Nishida. It is not surprising to find that an

damage to the membrane and consecutive increase in permeability and intracellular (K^+) and not to a damage done directly to actomyosin. Such a condition can easily be produced in the winter frog by its perfusion with Ringer. In the winter frog everything is at a low level, adjusted to the low temperature and activity. If the heart of this animal is suddenly brought to room temperature and perfused with saline it soon loses substances which are essential for the maintenance of its specific ionic impermeability. The heart will now answer a decrease in frequency with a fall of tension, the influx of K being favored by this slow down. The longer pauses will give more time to the K^+ s to leak in and the damaged membrane will be unable to keep them out. The longer the pause, or the lower the frequency, the poorer the beat, that is, there will be a strong staircase. Normal tension can be restored by increasing the frequency which gives more chance to the heart to get rid of its excess K , a definite amount of it being pushed out in every beat. Tension can also be increased by lowering the temperature, which favours the expulsion of K . The summer frog does not show this rate dependence of tension, has no staircase, being tuned to a high activity and being well provided with all the essentials necessary for maintaining it.

The heart of the winter frog with the great frequency- or temperature dependence of its tension offers a wonderful test object for substances which can increase the ability of the fibers to keep the K out. It was found by *Hajdu* and the author (1952) that normal serum contains such substances, the activity of which declares itself in the abolition of the staircase, making the tension independent of frequency. In the presence of these substances the heart will be able to develop maximal tension even after a pause as long as 60 seconds or at a correspondingly low frequency. The solubility of these substances in serum suggested a steroid character and it was found that steroids, like *DOC* or progesterone actually could produce this effect though they produced it only in unphysiologically high concentrations. The corresponding substances of serum had to be much more active, and they readily produced contracture if their concentrations was increased too much, decreasing the (K^+) beyond a critical level which could no more be compensated by the membrane.

Digitalis glucosides and related substances are chemically related to steroids, being phenanthrene derivatives. This suggested the question whether the heart glucosides do not exert their therapeutic action by restoring the normal K impermeability to the damaged

The electron microscopic pictures of this review were taken by D. M. Philpott. The black lines mark one micron. Most sections were osmium stained, the specimens being fixed by neutral buffered osmic acid and embedded in methyl acrylate.

The following abbreviations will be used

- ATP = Adenosine-tris phosphate
ADP = Adenosine-di phosphate
AMP = Adenosine-mono-phosphate
ITP = Inosine-tris phosphate
IDP = Inosine-di phosphate
CP = Creatine phosphate
A = Angstrom, 10^{-8} cm
 $\sim P$ = high-energy phosphate
EM = Electron Microscope, Electron Microscopic,
Electron Microscopy, or Electron Microgram
UV = ultra violet light
(K^+) = K^+ ion concentration

References

Reviews and key references are marked with an asterisk

* Szent-Györgyi, A. *Proc Roy Soc B* 137 166, 1951

- Banga J, and A Szent-Györgyi. Studies of the Inst of Med Chem Univ Szeged 1, 3 S Karger, Basel/New York 1941/42
Banga J, and G Jaspacius. Hung acta physiol 1, 90, 1947
Bendall J R. Proc roy Soc B 162, 409, 1954
Borhoro, M, and A Szent-Györgyi. Biol Bull 96, 162, 1949
Boyer E. Amer J Physiol 167, 276, 1951, 168, 760 1952, J gen. Physiol 22, 149, 1954
Boyle P J, and F J Conway. J Physiol 100, 1, 1941
Bull, R B. Quart Bull Northw Univ 20, 175, 1946
Croft, A. Nature 173 1019 1953
Engelhardt V A, and M N Ljubimova. Nature 164, 668, 1939
Erdős T. Studies of the Inst of Med Chem Univ Szeged 3 51 S Karger, Basel/New York 1943
Falk G and R W Gerard. J cell comp Physiol 43, 393, 1954
Fleckenstein, A, J Janke, R E Davis and H A Krebs. Nature 174, 1080, 1954
Fleckenstein, A, J Janke G Lohrer and G Bauer. Pflügers Arch ges Physiol 259, 246, 1954
Gasser S H and A V Hill. Proc roy Soc B 96, 398, 1924
Gasser S H and A V Hill. Proc roy Soc B 96, 398, 1924

* Szent-Györgyi, A. *Proc Roy Soc B* 137 166, 1951

Hajdu S., and A Szent-Györgyi. Amer J Physiol 168, 159, 1952, 168, 171, 1952, Enzymologia 16 392 1954

increase of (Ca) in the perfusion fluid should have the same effect as digitalis and render the membrane more impermeable to K. This action may be instantaneous, since the frog-heart has a sponge-like structure and little time is needed for the Ca to reach the membrane of the different fibers. So if Ca is added to the Ringer and the heart is stopped, the first beat after the prolonged pause may be found to be just as good as the last one preceding it, no chance having been given to the K to use the long pause to leak in, the membrane having been rendered impermeable.

Hajdu and the author made no attempt to tell what digitalis actually does to the membrane on the molecular level. *Loewi's* experiments strongly suggest that, somehow, this action is connected with Ca. All this, however, does not invalidate the conclusion that digitalis (and possibly Ca) alter the tension, that is act on actomyosin (which is directly responsible for the development of this tension) by altering the intracellular (K⁺) (and with it also the pH). That digitalis did not does not improve the working of actomyosin by acting solely on the membrane itself this is shown by the fact that once the heart is working poorly (i.e. an unfavourable intracellular ionic milieu has been established), digitalis develops its therapeutic effect but very gradually, needs time. The quantity of K ejected by a heart in a single beat is small (127 micromole) and so a definite number of beats is needed to bring the intracellular (K) down to the optimal level again.

A very painful gap in our knowledge concerns the membrane potential in all these varied conditions, which gap is evidently due to the great methodical difficulties of measurements in single fibers. So, at the moment, we have to supplant, at many points, measurement with speculation, if we want to make a picture of what actually could happen. But the lack of information about membrane potentials is not the only gap in our knowledge. As I tried to bring out in this review, muscle, in many ways, is still a mystery. But in spite of all incertitudes the darkness is gradually clearing and the doctor who stands at the bed-side of his patients trying to alleviate their suffering, and the research-worker who studies actomyosin, ions or potentials in his laboratory, approach one another more and more, day by day.

the main dynamo of energy production appears to operate in animal tissues, in invertebrates, in micro-organisms, molds, and in plant material. It has been found to operate in skeletal muscle, liver, kidney, mammary gland, the lens of the eye and in heart muscle. The universal existence and the uniformity of this energy producing metabolic cycle demonstrates that all living matter relies on similar processes for its energy production, and that it is in the liberation of energy that organ differs from organ and species from species. It appears, therefore, that there are no large differences in the metabolic organization of the heart from other organs, but possibly only changes in degree, which adapt the heart to its particular task. It is not surprising that the enzymatic activity concerned with energy production in skeletal muscle is low as compared to heart muscle.

Thus far, mention has only been made of the processes within the cell which are responsible for the production and transfer of energy. The substrate which is shunted through these common metabolic channels is derived from carbohydrates, proteins and fats. The questions that have to be answered are: What foodstuffs feed the energy dynamo of the heart? In what proportion does the heart use them? What general conclusions on the mechanism of disturbed cardiac action can be drawn from changes in the utilization of foodstuffs by the heart?

It is in this field that some of the greatest advances have been made within recent decades. Metabolism of heart muscle has been studied in tissue slices, on the isolated heart *in vitro*, and finally in the intact heart of animals or humans. Each of these methods has certain advantages and disadvantages. Using tissue slices, the stepwise fate of foodstuffs through the metabolic pathways can be followed, particularly if radio-isotopes are used. But there is never any real proof that processes observed in these unnatural conditions actually take place in the intact organism. In studies on the whole heart kept alive *in vitro*,

individual catalytic enzyme systems cannot be individually explored. But *in vivo* studies have the advantage that they are carried out in the whole organized system and under physiological conditions.

The technique employed in the study of cardiac metabolism in the intact human and animal is based on catheterization of the

From the Department of Experimental Medicine, The Medical College of
Alabama Birmingham, Alabama

Disturbances in Myocardial Metabolism

By RICHARD J BING

Metabolism may be defined as the chemical changes in the living cells, by which energy is provided for vital processes and activities. Thus, metabolism includes both energy producing and energy liberating mechanisms. The primary process connected with energy production is through the oxidation of foodstuffs. Oxidation of foodstuffs is a stepwise process which, being diverse for various foodstuffs in its early phase, is quite uniform as the substrates reach the final stages of energy production. Biochemists have shown that the original foodstuffs, carbohydrates, fats, and proteins, are mostly broken down to a very simple compound—an acetate. This acetate (a two carbon molecule) becomes linked to the radical (the thioester) of a coenzyme A, to form the "active acetate" or acetyl coenzyme A. From this common relay station, the substrate is shunted through the main process connected with energy production, the tricarboxylic acid or Krebs cycle. During aerobic oxidations within this cycle, 36 high-energy phosphate compounds in the form of adenosine triphosphate (ATP) are formed. This represents a veritable powerhouse of energy, since the free energy of hydrolysis of the terminal phosphate of ATP furnishes the energy of about 14,000 calories per mol. This high energy phosphate represents the link between energy production and utilization, since ATP appears to be intimately connected with contraction of muscle. The tricarboxylic cycle,

Please quote this article as follows

Bing R J Disturbances in Myocardial Metabolism Adv Cardol 1, 52-64

S Karger Basel/New York 1956

a high fat intake, suggesting the possibility of storage within the heart muscle. It is likely that storage of fatty acids constitutes an effort of the heart to guard its energy production against a sudden decline in fuel supply, primarily of carbohydrates. The human heart also extracts considerable quantities of amino acids and after infusion of a protein hydrolysate, as much as 40% of the total oxygen uptake of the heart can be accounted for by aerobic metabolism of amino acids.

Work on the human heart, using the technique of intubation of the coronary sinus, therefore has indicated that the heart can utilize lactate, pyruvate, fatty acids, ketone bodies, and amino acids. This illustrates the great versatility of the myocardium in the use of its fuel supply. It is likely that the relationship between utilization of carbohydrates and non-carbohydrate material is influenced by their relative availability and by the ability of the enzyme systems of the heart to catalyze carbohydrates.

Disturbances in Myocardial Metabolism

The technique of catheterization of the coronary sinus has been of value in investigating disturbances in myocardial metabolism. Metabolism was previously defined as the sum of chemical changes in the living cell by which energy is provided for vital processes. We may broaden this definition to include under metabolism not only energy production, but also utilization, consequently, disturbances in the metabolism of the heart may manifest themselves in energy production connected with the oxidation of foodstuffs, they may also be located in processes connected with energy utilization and liberation. Abnormal myocardial metabolism may be so subtle that they do

not become apparent with the methods which rely only on determination of substrates in coronary arterial and vein blood. All in all the evidence for the localization and nature of the metabolic defect within energy production is quite indirect using the method of coronary sinus catheterization. The localization of disturbances within energy liberation is also a difficult task. Energy liberation

coronary sinus The value of catheterization for the determination of cardiac metabolism has been of recent date In 1946 it was noticed that the tip of the catheter could be introduced into the coronary sinus The possibility of obtaining samples of coronary vein blood from the coronary sinus opened a whole series of investigations In the first place, the blood flow through the coronary vascular bed could now be determined in man In addition, by comparing the concentration of various foodstuffs in arterial and coronary vein blood, the usage and extraction of various foodstuffs and of oxygen by the human heart could be measured Thus, for the first time the calculation of the mechanical efficiency of the human heart was possible Further, the relative contribution of each of these metabolites to the oxidative metabolism of the heart could be calculated

Since this is primarily a discussion of disturbances in cardiac metabolism, the results obtained on the normal heart will be discussed briefly only as far as their knowledge is necessary for an understanding of the disturbed mechanisms in disease Using catheterization of the coronary sinus, it could be shown that the blood flow through the heart muscle is only a relatively small percentage of the total output of the heart (about 8-10%) In contrast, the kidney receives about 25% of the total cardiac output The heart is a working muscle, constantly demanding oxygen, this demand for oxygen is expressed in the large amount of oxygen which the heart muscle extracts from arterial blood The oxygen extraction is almost maximal even in the normally working heart muscle Since the extraction of oxygen is almost maximal at "rest", the only means on which the heart can rely to increase its oxygen uptake is through an increase in coronary flow When, for some reason, such as narrowing or obstructing one or more coronary arteries, the flow of blood to the heart muscle cannot increase, the resulting oxygen lack in heart muscle can produce the symptoms of coronary insufficiency with pain on exertion being the predominant complaint

Using catheterization of the coronary sinus, it was shown that the human heart can utilize considerable quantities of carbohydrates, fatty acids, ketone bodies and amino acids Assuming complete oxidation of carbohydrates, the aerobic metabolism of the food stuffs in man could count for only approximately 35% of the total myocardial oxygen uptake The main contribution to the oxidative metabolism of the heart therefore comes from non carbohydrate material Myocardial uptake of fatty acids is particularly great after

a high fat intake, suggesting the possibility of storage within the heart muscle. It is likely that storage of fatty acids constitutes an effort of the heart to guard its energy production against a sudden decline in fuel supply, primarily of carbohydrates. The human heart also extracts considerable quantities of amino acids and after infusion of a protein hydrolysate, as much as 40% of the total oxygen uptake of the heart can be accounted for by aerobic metabolism of amino acids.

Work on the human heart, using the technique of intubation of the coronary sinus, therefore has indicated that the heart can utilize lactate, pyruvate, fatty acids, ketone bodies, and amino acids. This illustrates the great versatility of the myocardium in the use of its fuel supply. It is likely that the relationship between utilization of carbohydrates and non-carbohydrate material is influenced by their relative availability and by the ability of the enzyme systems of the heart to catalyze carbohydrates.

Disturbances in Myocardial Metabolism

The technique of catheterization of the coronary sinus has been of value in investigating disturbances in myocardial metabolism. Metabolism was previously defined as the sum of chemical changes in the living cell by which energy is provided for vital processes. We may broaden this definition to include under metabolism not only energy production, but also utilization, consequently, disturbances in the metabolism of the heart may manifest themselves in energy production, connected with the oxidation of foodstuffs, they may also be located in processes connected with energy utilization and liberation. Abnormal myocardial extraction of foodstuffs suggests that the disturbances occur within mechanisms concerned with energy production. However, the finding of normal extraction of substrates from the coronary sinus does not rule out the possibility that disturbances may be so subtle that they do not become apparent with the methods which rely only on determination of substrates in coronary arterial and vein blood. All in all, the evidence for the localization and nature of the metabolic defect within energy production is still inconclusive. The use of coronary sinus catheterization for the study of energy liberation within energy liberation

of the heart muscle takes place in the contractile proteins of the heart muscle. This is a complex structure, composed of a series of proteins which are subject to a combination of enzymes and electrolytes. The search for the exact location of the deficiency is complicated and involved, and cannot be carried out on the intact heart.

Table 1 *Disturbances in Myocardial Metabolism*

- I Disturbances in energy production with reduced cardiac efficiency
 - A Beri Beri heart disease
 - II Myocardial ischemia and anoxia
 - 1 Hemorrhagic shock
 - 2 Coronary occlusion
 - 3 Ventricular fibrillation
 - 4 Hypothermia
- II Disturbances in energy production without decreased cardiac efficiency
 - A Diabetes
- III Disturbances in energy utilization with reduced cardiac efficiency
 - A Congestive failure

Table 1 shows that the disturbances in cardiac metabolism have been divided into those of energy production and of energy liberation and utilization. Subdivisions were made depending on whether the mechanical efficiency of the heart is altered. The mechanical efficiency of the heart represents the percentage ratio of the work of the heart to the oxygen usage of the heart expressed in energy units. Efficiency of the normal left ventricle of man is approximately 25%, or 25% of the chemical energy is converted into useful work of contraction. Therefore, a fall in efficiency could result from a decline in cardiac work or an increase in oxygen usage by the heart. In most clinical conditions, myocardial efficiency declines because of a fall in cardiac work and not because of an increase in the myocardial oxygen consumption.

This discussion will not deal with all the disturbances in cardiac metabolism enumerated in table 1. Most of these have been covered by the present author in recent reviews on myocardial metabolism. This review will deal primarily with the problem of myocardial ischemia and anoxia, and with metabolic studies of cardiac metabolism of patients in congestive failure.

Myocardial Ischemia and Anoxia

Myocardial ischemia can be considered as a separate metabolic entity, because the stimulus for the metabolic alterations and the

metabolic response of the heart muscle are quite similar, varying only in degree with the severity of ischemia. For example, in hemorrhagic shock the degree of ischemia is relatively minor, the metabolic changes are few. In embolization of the coronary arteries with plastic spheres, myocardial ischemia and the metabolic changes are more pronounced. The most severe changes are seen in ventricular fibrillation.

Hemorrhagic Shock Many reports in the literature have suggested a myocardial component in hemorrhagic shock. There is no question that the coronary flow, and therefore the myocardial oxygen usage, is reduced during both oligemic and normovolemic phases of shock. Myocardial efficiency is reduced because the cardiac work is decreased proportionately more than the myocardial oxygen consumption. The reduction in cardiac output during oligemia leads to stagnant anoxemia, with a resultant increase in peripheral extraction of blood. Many of these changes in the blood persist after retransfusion of the blood (during normovolemia). These changes in blood point toward the fact that certain enzyme systems of the peripheral tissues are affected during hemorrhagic shock. Findings obtained with coronary sinus catheterization suggest that some of these changes also occur in heart muscle. The most significant change in myocardial metabolism is the diminution in myocardial pyruvate usage with an actual increase in that of lactate. In most instances pyruvate levels in coronary vein blood exceed those of arterial blood in both oligemic and normovolemic shock. The myocardial extraction and usage of glucose are reduced. Consequently diminished myocardial pyruvate extraction occurs simultaneously with increased myocardial lactate extraction. The fact that the heart is in negative myocardial pyruvate balance suggests that there is interference with the decarboxylation of this substrate, possibly due to disturbed cocarboxylase activity. The coenzyme is destroyed under anaerobic conditions and its disappearance is thought to result from its dephosphorylation. Therefore, in hemorrhagic shock the myocardial block is identical with that encountered in beriberi heart disease. However, in the former, cocarboxylase is destroyed because of anoxia, while in beriberi heart disease its formation is diminished because of absence of adequate dietary thiamin. The fact that lactate usage by the heart is not interfered with in hemorrhagic shock, indicates that under these conditions the heart muscle is not forced to rely on anaerobiosis for energy production. In con-

of the heart muscle takes place in the contractile proteins of the heart muscle. This is a complex structure, composed of a series of proteins which are subject to a combination of enzymes and electrolytes. The search for the exact location of the deficiency is complicated and involved, and cannot be carried out on the intact heart.

Table 1 *Disturbances in Myocardial Metabolism*

- I Disturbances in energy production with reduced cardiac efficiency
 - A Beri Beri heart disease
 - B Myocardial ischemia and anoxia
 - 1 Hemorrhagic shock
 - 2 Coronary occlusion
 - 3 Ventricular fibrillation
 - 4 Hypothermia
- II Disturbances in energy production without decreased cardiac efficiency
 - A Diabetes
- III Disturbances in energy utilization with reduced cardiac efficiency
 - A Congestive failure

Table 1 shows that the disturbances in cardiac metabolism have been divided into those of energy production and of energy liberation and utilization. Subdivisions were made depending on whether the mechanical efficiency of the heart is altered. The mechanical efficiency of the heart represents the percentage ratio of the work of the heart to the oxygen usage of the heart expressed in energy units. Efficiency of the normal left ventricle of man is approximately 25%, or 25% of the chemical energy is converted into useful work of contraction. Therefore, a fall in efficiency could result from a decline in cardiac work or an increase in oxygen usage by the heart. In most clinical conditions, myocardial efficiency declines because of a fall in cardiac work and not because of an increase in the myocardial oxygen consumption.

This discussion will not deal with all the disturbances in cardiac metabolism enumerated in table 1. Most of these have been covered by the present author in recent reviews on myocardial metabolism. This review will deal primarily with the problem of myocardial ischemia and anoxia, and with metabolic studies of cardiac metabolism of patients in congestive failure.

Myocardial Ischemia and Anoxia

Myocardial ischemia can be considered as a separate metabolic entity, because the stimulus for the metabolic alterations and the

it is quite likely that the metabolic changes observed result from a sudden decline in coronary flow, no statistical correlation exists between the height of the mean arterial pressure and the myocardial extraction of these metabolites. In addition to the rapid changes in myocardial extraction of substrates, as reported from this laboratory, embolization results in more prolonged disturbances within the heart muscle, as illustrated by a rise in arterial concentration of transaminase. It has been shown that the serum level of glutamic oxalacetic transaminase rises significantly following acute myocardial infarction. In contrast to the immediate changes in the coronary vein concentration of smaller molecules, the rise in blood transaminase levels occurs eight hours after embolization. Apparently coronary occlusion results first in changes in myocardial extraction of substrates of small molecular size, as necrosis of heart muscle progresses, larger molecules are released into the blood stream from the damaged muscle cell.

Ventricular fibrillation produced by electric shock results in severe changes in myocardial metabolism. In some instances, the coronary vein concentration of glucose exceeds that in arterial blood by more than 20 mg per cent and immediately following the onset of ventricular fibrillation the concentrations of lactate, pyruvate and ketones are also considerably higher in coronary vein than in arterial blood. The rise of potassium in coronary vein blood is probably the result of increased permeability of the cell membrane while the negative myocardial sodium balance may result from the escape of this ion from cells of the Purkinje system. Increased content of inorganic phosphorus in coronary vein blood is also frequently observed in these experiments. In all likelihood, certain coenzymes like ATP are maintained in their phosphorylated form only as long as active oxidation is assured. As soon as oxidation is arrested, the co-enzymes break down and the process becomes irreversible unless oxidation takes place before this has occurred.

Cardiac Metabolism in Congestive Failure

Accumulation of information regarding the metabolic processes in the heart muscle of human subjects with congestive failure has been hampered by lack of suitable techniques for studying the problem in the environment under which it develops and under which it continues to progress. Most previous studies of the meta-

trast, anaerobiosis occurs in other tissues since lactate concentration of arterial blood is elevated. The threshold stimulus, resulting in glycolysis is probably greater in cardiac than in skeletal muscle. Under the conditions of hemorrhagic shock, glycolysis plays no role in energy-producing mechanisms of heart muscle.

Experimental Coronary Occlusion and Coronary Shock When plastic spheres are injected directly into the coronary arteries through a special catheter, inserted into the carotid artery of a dog, a significant decline in peripheral arterial pressure, coronary flow and coronary output occurs. The fall in cardiac output is the reflection of increased systemic arteriovenous oxygen difference and the diminution in myocardial oxygen consumption is the result of reduced coronary blood flow. As in hemorrhagic shock, the myocardial extraction of oxygen does not change, despite a significant fall in coronary blood flow. This is in line with previous observations, that within limits, changes in coronary blood flow rather than myocardial oxygen extraction are responsible for alterations in myocardial oxygen consumption. In contrast, ventricular fibrillation results in a significant diminution in myocardial oxygen extraction.

The metabolic changes following embolization of coronary arteries are severe. Statistical comparison of the averages of the control observation and averages of data obtained following embolization reveal a significant diminution in myocardial extraction of carbohydrates. In many instances the myocardial balances of glucose, lactate and pyruvate become negative. This illustrates the severity of the damage to energy-producing mechanisms. It is likely that here, too, the changes in pyruvate extractions are the result of destruction of cocarboxylase. The appearance of an increased amount of glucose in coronary vein blood is more difficult to interpret. It is likely that an increase in permeability of the cell membrane brought about by the circulatory changes is responsible.

In contrast to hemorrhagic shock, glycolysis is present following embolization of the coronary arteries, the lactate extraction by the heart is diminished, and concentrations of lactate in coronary vein blood often exceed those in arterial blood.

A characteristic feature of the metabolic changes observed after embolization of the coronary arteries is their short duration. Many of the changes in myocardial extraction observed persist for several minutes only. Frequently the negative myocardial substrate balances become positive despite persistent arterial hypotension. Although

Substrate utilization appeared to be equally normal. No significant difference in myocardial usage of any of the basic foodstuffs could be demonstrated in patients with congestive failure, in patients with heart disease without failure, and in normal individuals. The similarity of the pattern of foodstuffs utilization was further confirmed by data on the respiratory quotients, which showed similar mean values in all three groups.

If myocardial metabolism in human subjects is predominantly an aerobic process and energy is produced by the oxidative catabolism of substrate, it should be possible to use oxygen consumption as an index of energy production. In order to make valid comparisons in this manner, it must be demonstrated that first, the same type of fuel is consumed by the normal and failing heart, since the energy equivalent of oxygen varies according to the type of foodstuffs catabolized, and second, that no energy is derived from anaerobic mechanisms or that the amounts so derived are equal in both failing and normal hearts.

The first question has already been answered, since it has been shown that the pattern of foodstuff usage in congestive failure is not altered sufficiently to have any effect on total quantity of energy released by oxidative catabolism. The second question is more difficult to answer. However, evaluation of lactate metabolism in patients with congestive failure, and consideration of previous work in experimental animals, permits certain conclusions on the possible role of anaerobiosis as a means of energy production in heart muscle.

Since the myocardium is continuously active, sufficient oxygen and respiratory enzymes are available to permit a high rate of anaerobic metabolism. Skeletal muscles, in which activity usually alternates with periods of rest, are less well endowed with oxidative enzyme systems. When skeletal muscles become active, glycolysis takes place in an effort to fulfill the energy requirements. Since no immediate oxygen is required, glycolysis provides a method for producing energy during hypoxia. Following cessation of activity or restoration of oxygen supply, oxygen consumption proceeds at a rate in excess of immediate energy requirements until glycogen stores have been replaced and surplus lactic acid consumed. The oxygen required for this purpose is "the oxygen debt."

What evidence is there of glycolytic processes in the heart muscle? The findings from this and other laboratories of a signi-

bolism of the failing heart have utilized either the isolated heart-lung preparation, or a pump-oxygenator system, or more recently, intubation of the coronary sinus. While extremely valuable, the information obtained by such methods is not necessarily applicable to congestive heart failure in man, or at least is subject to considerable misinterpretation when analogies are attempted. Catheterization of the coronary sinus has provided a means of not only gathering data which would otherwise be unobtainable, but also of conducting the study of congestive failure under physiologic conditions with normally operating nervous and hormonal regulatory mechanisms.

In order to arrive at statistically reliable conclusions concerning metabolic events in the heart of patients with congestive failure, it is necessary to have a series large enough to mitigate the effect of considerable scatter of the individual observations. In view of these considerations, a study was undertaken in this laboratory to provide statistically valid data which could be used to aid in resolving the following problems: 1. Is there any difference in the amount of oxygen consumed by equal weights of normal and failing human heart muscles? 2. Is the failing heart deficient in its ability to utilize any of the basic foodstuffs consumed by the normal heart? 3. Is there any evidence of anaerobic myocardial metabolism in congestive heart failure? 4. Is the reduced efficiency of the failing heart due to deficient energy production or inefficient energy utilization? To accomplish this purpose, results were obtained by catheterization of the coronary sinus in 20 patients with congestive heart failure of the common etiologies. The data were then compared with similar findings obtained in two control groups, one consisting of subjects with entirely normal hearts, and the other of patients with known heart disease but without congestive failure.

The results of these studies indicate that in congestive failure, the myocardial oxygen consumption does not differ from that obtained in normal individuals. Patients with congestive failure have a lower average coronary flow but a slightly higher myocardial oxygen extraction than do the normals. Calculations of the myocardial oxygen consumption from this data give values of 9.1 cc per 100 g per minute in the normals, and 9.2 per cc per 100 g per minute in the patients with left ventricular failure. It was therefore concluded that the oxygen consumed by equal weights of heart muscle was the same in both groups.

of the heart as calculated from oxygen consumption. It is likely, however, that when in congestive failure the work of the heart is increased, glycolysis takes place, making it difficult to calculate total energy production from oxygen consumption of the heart muscle. The inefficiency of the glycolytic process as a means of energy production could partially explain the diminished ability of the heart in subjects with congestive failure to increase its output during exercise.

The studies performed in this laboratory therefore indicate that no appreciable difference exists between the normal and the failing human heart in either oxygen consumption or the pattern of substrate utilization, at least under basal conditions. It may be concluded, therefore, that there is no difference in energy production for equal rates of normal and failing heart muscle. Since the mechanical work performed is normal or decreased the failing heart must be deficient in its ability to utilize energy for effective muscular contraction. It is likely that the deficiency resides within the contractile proteins of heart muscle.

The findings obtained on the effect of digitalis on the metabolism of the human heart are in agreement with this interpretation. Cardiac glycosides appear to produce no significant change in myocardial oxygen consumption or in total foodstuff utilization of the human heart. This suggests that the improvement in work capacity of the failing heart, resulting from the use of cardiac glycosides must be the result of their action on energy liberation, or more specifically, it must result from their effect on the contractile proteins of failing heart muscle.

Bibliography

1 Papers Published on this Subject not from this Laboratory

- Krebs, H. A. The tricarboxylic acid cycle. *Chemical Pathways of Metabolism*, Vol. I, p. 109. Academic Press, Inc., New York, 1954.
- Lehniger, A. L. Oxidative phosphorylation. *The Harvey Lectures*, Series XLIX, p. 176, 1953-1954. Academic Press, Inc., New York, 1954.

Ochoa, S. J. *Biochem. J.* 87, 1944.

Fischer, A. D. and A. G. Mulder. *Amer. J. Physiol.* 94, 630, 1930.

ificantly increased blood lactate concentration in patients with congestive failure suggest that tissue oxygenation is inadequate for optimal aerobic energy production. In contrast to skeletal muscle, normal cardiac muscle is apparently able to respond to increased work demands by an increase in aerobic metabolism without recourse to glycolysis. Numerous observers have reported studies in experimental animals demonstrating that the myocardium does not contract a significant oxygen debt during increased work. However, it is likely that the apparent difference in energy producing mechanisms between heart and skeletal muscle is quantitative rather than qualitative, since under conditions of marked hypoxia the lactate concentration of coronary sinus blood may exceed that of arterial blood indicating the presence of significant glycolysis in heart muscle.

From consideration of the glycolytic processes in the skeletal muscle, and from lactate metabolism of the acutely ischemic heart, it is inferred that if anaerobiosis occurs in cardiac muscle of human subjects with cardiac failure, it should be detected first by diminished extraction of lactate from coronary blood. As energy demands increase or oxygen supply diminishes, lactate production should increase until the rate of production exceeds the rate of utilization, at which point the concentration in coronary venous blood should exceed that in arterial blood. Since in the present study the subjects were in nearly basal condition and no evidence of decreased oxygen consumption was found, only minimal changes in myocardial lactate metabolism would be expected.

However, results of the data indicate that glycolysis may actually occur in the hearts of some of the patients with congestive heart failure. This assumption is based on the finding that despite significantly increased arterial lactate concentration in the patients with failure, myocardial extraction of lactate is not elevated. Analysis of individual observation demonstrates further that diminished lactate extraction is evident chiefly in those subjects with a higher arterial lactate level. In normal individuals, the myocardial usage of lactate is a function of its arterial concentration. The findings, therefore, may be interpreted as indicating a relative diminution in the utilization of lactate by the heart muscle.

In spite of the suggestive evidence for myocardial anaerobiosis in some of the patients with congestive failure, it is unlikely that the amount of energy liberated by glycolysis under normal conditions is sufficient to alter substantially the total energy production.

The Adrenergic-Cholinergic Control of Cardiac Metabolism and Function

(Physio-Pathological and Clinical Aspects)

By W RAAB*

Introduction

Modern medicine is passing through its "Golden Age" of spectacular and unprecedented progress to which cardiology has contributed its impressive share in the fields of cardiac surgery, hemodynamics and diagnostic measuring techniques. Yet, the pathogenesis of the primarily functional and degenerative heart diseases is still largely shrouded in the fog of incomprehension.

Over the decades, the founders of traditional, orthodox clinical cardiology have built a mighty fortress of originally fruitful but by now partly out-dated mechanistic concepts and, firmly entrenched behind the thick walls of strictly non-chemical thinking, their faithful disciples put up a valiant resistance against the extramurally besieging but poorly organized forces of the infidels: physiologists, biochemists, biophysicists, and even a few rebellious clinicians. Upon the ramparts flies the banner of "*Coronary Flow*" as the supposedly all explanatory cardinal feature of functional and degenerative car-

* Professor of Experimental Medicine, Head of Cardiovascular Clinical Research Unit, University of Vermont College of Medicine, DeGoesbriand Memorial Hospital, Burlington Vermont, USA.

Please quote this article as follows:

Raab W. The Adrenergic-Cholinergic Control of Cardiac Metabolism and Function. Adv Cardiol 1, 65-152. S. Karger, Basel/New York 1955.

- Peters, J P* Ann N Y Acad Sci 56, 127, 1952
Hackel, D B, W T Goodale and J Kleunerman Amer Heart J 46, 883, 1953
Wiggers, C J Physiology of Shock Harvard University Press, Cambridge, Mass, 1950
Govier, W M, and C M Greer J Pharmacol exp Therap 72, 321, 1941
Ochoa, S Biochem J 33, 1262, 1939
Agress, C M, M J Rosenberg, H I Jacobs, M H Binder, A Schneiderman and W G Clark Amer J Physiol 70, 536, 1952
Stadie, W C Physiol Rev 34, 52, 1954
Starling, E H The Linacre Lecture on the Law of the Heart, given at Cambridge, 1915 Longmans, Green & Co, London 1918
Visscher, M D, and E H Starling J Physiol 62, 243, 1927
Wollenberger, A J Pharmacol exp Therap 97, 311, 1949

II Papers Published on this Subject from this Laboratory

- Bing, R J, M M Hammond, J C Handelsman, S M Powers, F C Spencer, J E Eckenhoff, W T Goodale, J H Hofkenschel and S S Kety* Amer Heart J 38, 1, 1949
Bing, R J, A Siegel, I Ungar and M Gilbert Amer J Med 16, 504, 1954
Bing, R J, A Siegel, A Istaitie, F Balbom, E Sparks, M Taeschler, M Klapper and W S Edwards Amer J Med 15, 284, 1953
Bing, R J Metabolism of the heart The Harvey Lectures Series L, 1954-1955 (in print) Academy Press, Inc, by Harvey Society under auspices of New York Academy of Science
Unger, I, M Gilbert, A Siegel, J M Blain and R J Bing Amer J Med 28, 385, 1955
Bing, R J, R Heimbecker and W Falholt Amer Heart J 42, 483, 1951
Bing, R J, and M Taeschler Cardiologia 21, 382, 1952
Bing, R J Bull N Y Acad Med 27, 407, 1951
Bing, R J, F M Marast, J F Dammann jr, A Draper, R Heimbecker, R Daley, R Gerard and P Calazel Circulation 2, 513, 1950
Taeschler, M, and R J Bing Circulation Res 1, 129, 1953
Blain, J M, H Schaefer, A L Siegel and R J Bing Myocardial metabolism in congestive failure Amer J Med (in press)
Bing, R J Cardiac Catheterization Henry Ford Hospital, International Symposium on Cardiovascular surgery W B Saunders Co, Philadelphia 1955

Author's address Dr R J Bing,
 Department of Exp Medicine,
 The Medical College of Alabama,
 Birmingham 3, Ala (USA)

problems, not because they give promise of immediate value to the human race, but because they make an irresistible appeal by reason of an inner beauty."

1. PHYSIO-PATHOLOGICAL FEATURES

1. Cardiac Innervation

The sympathetic innervation of the heart is derived from the thoracic ganglia of the sympathetic nervous system. The parasympathetic innervation is derived from the vagus nerve. The distribution of the cardiac nerves is shown in (fig. 1).

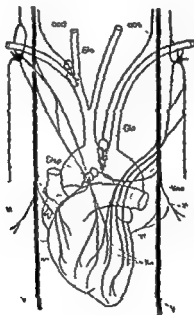


Fig 1 Distribution of the cardiac nerves (after A. Jerush and Y. Zolterman)

The postganglionic vagal elements which innervate the heart are distributed to the sinoatrial node, the atrioventricular node, and the ventricular myocardium.

diac pathology, tattered by inconsistencies but still the dominant symbol of unshakeable conservatism

Only three years ago, *R Hegghin* (262) deplored the nearly complete disregard of myocardial metabolism by the clinical textbooks and pointed out that "clinical cardiology is still based almost entirely upon pathological anatomical concepts, established during the last century, whereas in other fields of medicine pathophysiological thinking has become decisive long ago" However, there is no cause for absolute pessimism Extraclinical recognition of many basic facts, not only concerning physiology but also concerning its pathogenic implications, has greatly progressed during the last 20 years, and their ultimate penetration through the Paper Curtain which separates the achievements of fundamental research and clinical thought cannot be held up forever The inconvenience for the busy clinician of thinking in unfamiliar biochemical terms does not disprove the existence of biochemical processes, and, therefore, to re-emphasize here the obvious, paramount importance of cellular metabolism for myocardial contractile activity and for its clinical derangements, appears superfluous

Owing to the pioneer work of investigators with vision and ingenuity, such as *J Barcroft*, *A B* and *M Beznak*, *R J Bing*, *J H Burn*, *C L Evans*, *U S von Euler*, *K Gollwitzer Meier*, *W T Goodale*, *H Gremels*, *F Hoffmann*, *A Jarisch*, *F Lenzi*, *O Loeu*, *V C Myers*, *D Nachmansohn*, *H Schaefer*, *H Schumann*, *E H Starling*, *A Szent Gyorgyi* and many others, some of the fundamentals of myocardial metabolism and the both regulating and disturbing influences, exerted upon it by the cardiac nerves and neurohormones, have been clarified to a remarkable extent Although a great many sections of this large problem complex still remain in obscurity, the international literature reveals already now the distinct architectural outlines of a functional system whose manifold purposeful integrations cannot but evoke in its student a feeling of admiration and awe

The following review of the subject must needs be a superficial and sketchy one It is intended merely to lead the interested reader to sources which will enable him to obtain more detailed information and, if he so chooses, to contribute himself to further progress in this field Its maximal exploration is indispensable for a successful battle against the most common of all fatal diseases of civilization However, to quote *John Jacob Abel* "The way to future discovery can be kept open only when the investigator freely dares to attack

problems, not because they give promise of immediate value to the human race, but because they make an irresistible appeal by reason of an inner beauty."

1. PHYSIO-PATHOLOGICAL FEATURES

1. Cardiac Innervation

.

(fig. 1).

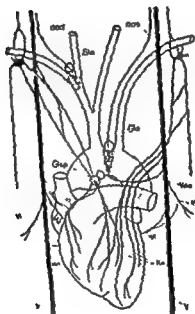


Fig 1 Distribution of the cardiac nerves (after A. Janisch and J. Zetterman).

The ...
and aus
vagal n
tissue, &

diac pathology, tattered by inconsistencies but still the dominant symbol of unshakeable conservatism

Only three years ago, *R Hegghin* (262) deplored the nearly complete disregard of myocardial metabolism by the clinical textbooks and pointed out that "clinical cardiology is still based almost entirely upon pathological anatomical concepts, established during the last century, whereas in other fields of medicine pathophysiological thinking has become decisive long ago" However, there is no cause for absolute pessimism Extraclinical recognition of many basic facts, not only concerning physiology but also concerning its pathogenic implications, has greatly progressed during the last 20 years, and their ultimate penetration through the Paper Curtain which separates the achievements of fundamental research and clinical thought cannot be held up forever The inconvenience for the busy clinician of thinking in unfamiliar biochemical terms does not disprove the existence of biochemical processes, and, therefore, to re-emphasize here the obvious, paramount importance of cellular metabolism for myocardial contractile activity and for its clinical derangements, appears superfluous

Owing to the pioneer work of investigators with vision and ingenuity, such as *J Barcroft*, *A B* and *M Beznák*, *R J Bing*, *J H Burn*, *C L Evans*, *U S von Euler*, *K Gollwitzer Meier*, *W T Goodale*, *H Gremels*, *F Hoffmann*, *A Järsch*, *F Lenzi*, *O Loewi*, *V C Myers*, *D Nachmansohn*, *H Schaefer*, *H Schumann*, *E H Starling*, *A Szent Györgyi* and many others, some of the fundamentals of myocardial metabolism and the both regulating and disturbing influences, exerted upon it by the cardiac nerves and neurohormones, have been clarified to a remarkable extent Although a great many sections of this large problem complex still remain in obscurity, the international literature reveals already now the distinct architectural outlines of a functional system whose manifold purposeful integrations cannot but evoke in its student a feeling of admiration and awe

The following review of the subject must needs be a superficial and sketchy one It is intended merely to lead the interested reader to sources which will enable him to obtain more detailed information and, if he so chooses, to contribute himself to further progress in this field Its maximal exploration is indispensable for a successful battle against the most common of all fatal diseases of civilization However, to quote *John Jacob Abel* "The way to future discovery can be kept open only when the investigator freely dares to attack

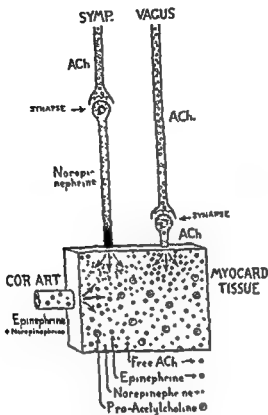


Fig 2 Schematic Representation of the Nerve and Vascular Supply of Myocardial Tissue, and Distribution of Neurohormones

All preganglionic fibers contain acetylcholine. The postganglionic sympathetic fibers contain and discharge norepinephrine, the postganglionic vagal elements discharge acetylcholine (existence of such postganglionic vagal elements outside of the atria is questionable). Additional quantities of acetylcholine are formed in the myocardium independently of its nerve supply, and are stored there, bound to lipids or proteins (pro-acetylcholine). Some epinephrine and small admixtures of norepinephrine from the adrenal medulla reach the heart muscle via the blood stream. A certain amount of catecholamines seems to be formed by chromaffin cell islands in the myocardium.

The concentration of norepinephrine in postganglionic sympathetic neurons was found by von Euler (155) to increase toward the nerve endings (fig 2). In view of the relative scarcity of this catecholamine in the sympathetic ganglia, he believes that norepinephrine originates mainly in the peripheral part of the neurons and that it reaches the reacting cells by diffusion. The latter process is initiated by nervous stimuli (347), probably through splitting off norepinephrine from nondiffusible lipid compounds. The existence of such compounds appears likely in view of the tendency of norepinephrine to combine with lecithine (153, 412). Holtz (278) assumes that part of the neural norepinephrine is formed in the chromaffin cell groups within the sympathetic ganglia,

it is generally believed that the ventricles of the heart are entirely free of vagal elements and thus of direct vagal inhibitory influences, there are some investigators who feel that such influences do exist or at least that this problem is not definitely settled (143, 293). The preganglionic cardiac portions of the vagi originate in the dorsal nuclei in the floor of the fourth ventricle.

The *efferent postganglionic cardiac sympathetic fibers* terminate partly in the sinoauricular and auriculo-ventricular nodes, partly in the ventricular musculature. Their ganglionic synapses are located at a greater distance from the heart in the cervical ganglia and in the stellate ganglion whose preganglionic connections originate in the lateral horns of the upper thoracic segments of the spinal cord. Other fibers pass to the heart from the sympathetic chain as far down as the fourth or fifth thoracic ganglion (100). Higher centers which govern the sympathetic outflow of the central nervous system are probably situated in the posterior hypothalamic region (38, 72) and in the amygdaloid nuclear area (101, 530).

The above mentioned efferent vagal and sympathetic pathways are largely intermingled in the cardiac nerves. This has been shown anatomically (19, 432) as well as by the study of stimulation effects (79, 362, 423) and of the respective action currents (363). We shall see later (see p. 77, 81) that an evaluation of the specific effects, exerted upon the heart muscle by the individual cardiac nerves, is further complicated by the interplay of their respective neurohormonal chemical transmitters.

Beside the efferent neurons which connect the central nervous system with the heart, there exist also *afferent cardiac pathways* of at least two different types, namely a) sensory fibers which convey pain stimuli from myocardial receptors along the sympathetic cardiac nerves or to the cervical and upper thoracic ganglia, and b) fibers which originate in the cardiac musculature and are involved in the Bezold-Jarisch reflex (291). They have been described as vagal neurons, devoid of directly cardio-inhibitory properties and accompanying sympathetic postganglionic fibers within the myocardial musculature (293). The cardio-inhibitory effect resulting from their stimulation is an indirect one through mediation of the above named vagal reflex mechanism.

Afferent pathways for the cardio-acceleratory Bainbridge reflex could not be identified with certainty (294, 362, 500).

2. The Nature of Autonomic Neurohormones

O. Loewi's classical experiments in 1921 and 1936 (353) which demonstrated the presence of vagal and sympathetic neurohormones in the heart, have laid the groundwork for our present-day understanding of the chemical transmission of nerve impulses. It is now generally agreed that the transmitters of those vegetative nerves which we designate according to Dale's (122) nomenclature as adrenergic (mostly sympathetic) and cholinergic (mostly parasympathetic or vagal), are identical with norepinephrine (24, 153, 278) and acetylcholine (123, 168, 379, 400, 404) respectively, since these substances were detected in both ganglia and nerve fibers, and produce pharmacodynamic effects analogous to those elicited by stimulation of adrenergic and cholinergic nerves.

Table 1
Neurohormones Acting Directly upon Myocardial Metabolism

Category	Specific Neurohormones	Origin	Physiological Activating Factors	Inactivating Enzymes	Degradation Products
Adrenergic	Norepinephrine	Sympath post ganglionic fibres, Adrenal medulla	Thyroid hormone, Corticoids (?)	Amine oxidase Cytochrome oxidase	Noradrenochrome
	Epinephrine	Adrenal medulla, Chromaffine cells in myocardium (?)	Thyroid hormone, Corticoids (?)	Amine oxidase Cytochrome oxidase	Adrenochrome
Cholinergic	Acetylcholine	Postganglionic parasympathetic elements, Myocardial tissue (pro-acetylcholine)	Thyroid hormone (?); Physical training	Cholinesterases	Choline; Acetic acid

and that the catecholamine stores of the sympathetic neurons which become exhausted both during prolonged stimulation (454) and after adrenalectomy (85) are replenished from the adrenal medulla. It must be remembered, however, that the sympathetic nerves, perhaps with exception of the epinephrine rich coronary plexus (24), contain and discharge practically no epinephrine (the methylated derivative of norepinephrine [84]) in contrast to the preponderant epinephrine secretion of the adrenal medulla.

Blood-borne epinephrine which passes through the sympathetic ganglia inhibits their synaptic function (transmission of preganglionic stimuli to the postganglionic fibers) (367). Destruction of the catecholamines, especially of norepinephrine at the sympathetic nerve endings, seems to be effectuated by the enzymes amine oxidase (91, 287) and cytochrome oxidase (287). It leads to the formation of "oxyadrenaline" (365), adrenochrome (23, 226) and noradrenochrome (280) respectively.

Acetylcholine, the specific neurohormone of the parasympathetic system and of all preganglionic parasympathetic as well as sympathetic elements (166), is liberated at the synapses of all ganglia under the influence of preganglionic stimuli. In a manner closely resembling the effect of nicotine, it stimulates the ganglionic cells in low concentrations by depolarization (167), while it paralyzes them, if present in excess (168). By eliciting postganglionic liberation of norepinephrine ("nicotinic effect"), acetylcholine serves as a physiological promotor of sympathetic activity. By virtue of its local liberation and cholinergic ("muscarinic") activity at vagal nerve terminals, on the other hand, it evokes partly opposite cellular reactions. This dual effectiveness of acetylcholine is sometimes referred to as "amphotropism" or "amphomutism".

Relatively large quantities of acetylcholine are present not only in the cholinergic nerves (73, 166) and preganglionic autonomic trunks but also in the sympathetic ganglia, especially in the stellate ganglion (378). The synthesis and destruction of acetylcholine are effectuated by enzymes, namely cholinacetylase (404) and various types of cholinesterases respectively (63). Potassium ions which are liberated during the propagation of nervous impulses are believed to be instrumental in setting free acetylcholine at the synapses and at the cholinergic nerve endings (347).

3. Neurohormones in the Heart

The sympathomimetic catecholamines norepinephrine and epinephrine on the one hand, and acetylcholine on the other have been found to be present in the mammalian heart muscle under all circumstances, though in varying concentrations (table 1). The latter seem to depend on four factors, namely a) the intensity of neurogenic discharges from the sympathetic and vagal nerve terminals respectively, b) the absorption of catecholamines from the circulating blood by the heart muscle, c) the intracardiac formation of catecholamines and of acetylcholine from local extraneural sources; d) the rate of their enzymatic destruction. In the following, these alternatives will be briefly discussed.

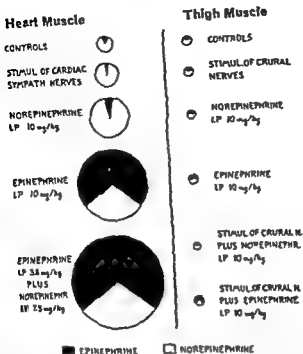


Fig 4 Norepinephrine (white) and epinephrine (black) content of dogs heart and thigh muscle. Electrical stimulation of the cardiac nerves increases myocardial norepinephrine. Injected norepinephrine and epinephrine are avidly absorbed by the myocardium. The catecholamine content of the skeletal muscle remains almost uninfluenced under analogous conditions (after H. Raab and H. Geyer (451))

nephrectomy but may return again toward normal within a few weeks (218)

The heart muscle possesses an outstanding tendency to absorb injected or secreted norepinephrine and, even more so, epinephrine from the circulating blood (in striking contrast to the skeletal muscle) (450) (fig 4), and to accumulate these catecholamines in a pharmacodynamically active form for periods of at least ten minutes (451). This specific ability of the myocardium to absorb circulating catecholamines accounts undoubtedly for the increased catecholamine concentrations, especially concerning epinephrine, which were found in the hearts of experimental animals after muscular exercise, exposure to cold temperature, stimulation of the splanchnic nerves, nephrectomy and overdosage of insulin (275, 439, 447) (fig 3)

Injection of acetylcholine was likewise followed by an augmentation of cardiac catecholamines (439) (fig 3). This may be ascribed,

It is a well established fact that the bulk of the catecholamines, normally contained in the mammalian heart muscle, consists of norepinephrine, with epinephrine amounting to maximally 30%, or sometimes entirely lacking (154, 218, 275, 281, 447). These recent findings supersede several earlier reports (24, 96, 353), in which the cardio-acceleratory material, isolated from the heart muscle, had been described as epinephrine or "epinephrine-like". *Haberlandt* (239) on the other hand, concluded that his "Herzhormon" could not be identical with epinephrine because its pressor effect was diminished but not inverted by ergotamine. This very behavior constitutes a characteristic of the then unknown norepinephrine (278). We may assume, therefore, that *Haberlandt's* interpretation had come nearer the truth, as we know it today, than that of his contemporaries, and that much of his work was unjustly disregarded.

Stimulation of the cardiac sympathetic nerves produces an increase of the total myocardial catecholamines (439, 454) (fig. 3). This was recently found to be due, specifically, to an accumulation of norepinephrine while the epinephrine concentration remained unchanged (450, 451) (fig. 4).

Contrariwise, sympathectomy is followed by a diminution of total cardiac catecholamines (96, 461) (fig. 3). Both norepinephrine and epinephrine decrease in the heart after cervico-thoracic gang-

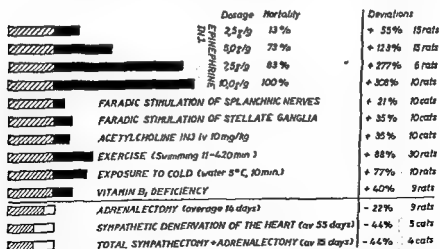


Fig 3 Average increase (black areas) and decrease (white areas), respectively, of the total catecholamine content of the heart muscle of animals under experimental conditions. The average catecholamine content of the heart muscle of animals under experimental conditions is shown in the shaded areas.

Danielopolu's (125) appealing hypothesis concerning an initiation of cardiac acetylcholine synthesis or liberation by locally liberated catecholamines is not definitely established but deserves further investigation with modern techniques. It is of interest in this connection that epinephrine was found to inhibit the activity of cholinesterase (42). Faradic stimulation of the ventricles seems to liberate both acetylcholine and catecholamines (408), and there is some evidence that choline serves not only as mother substance for acetylcholine synthesis but also as a methyl donor for the methylation of norepinephrine to epinephrine (182).

4. Nervous Influences on Dynamic Cardiac Functions

In speaking of the functional state of the heart, a distinction is often made between

view of the presumably prolonged activity of intrinsic neurogenic chemical transmitters and of their only partially reduced presence in the myocardium even after complete denervation (see p 72), a clear separation of these two components is not possible.

Cardiac functional features which are conspicuously and specifically modified by nerve interference are heart rate, auriculo-ventricular conduction velocity, myocardial

Chronotropic and inotropic neural effects on the heart are of major interest in connection with the subject of this review. As far as the former are concerned, the well-known inhibitory influence of the vagus and the acceleratory effect of the sympathetic cannot be regarded as antagonistic in the strict sense of the word because their respective sites of action are topically separated (vagus chiefly in the pacemaker, sympathetic chiefly in the myocardium). A specifically negative inotropic action of the vagus on the mammalian heart has been questioned (362) (see also p. 81) in contrast to the powerful positive inotropic effect, exerted by the sympathetic (524).

arrhythmias (304). On the other hand, ectopic beats and rhythms can be abolished by the administration of potassium chloride (44a). One of the most perilous coincidences is that of coronary occlusion with sympathetic excitation, resulting in potentially fatal ventricular fibrillation (254). The electric shock induced fibrillation of the ventricles can be prevented by sympathetic denervation of the heart, by adrenalectomy, and by administration of acetyl beta methyl-choline-chloride (270).

A *slowing or block of auriculo-ventricular conduction*, either periodical (*Stenckebach's periods*), paroxysmal or permanent, can be caused by the centrally or otherwise exaggerated "negative dromotropic" influence of the vagus (567), especially in the presence

The *coronary blood flow* is ordinarily augmented by sympathetic (147, 148, 209, 524) and diminished by vagal stimulation (145, 209). However, it cannot be stated with certainty to which extent these changes are attributable to direct vascular innervation, since the variations of heart rate, vigor of myocardial contraction, and particularly, the influence of myocardial metabolites (148) constitute important modifying factors (229). An hypothesis of intracardiac reflexes acting upon the coronary vascular bed could not be substantiated (229). The customary interpretation of changes of the coronary flow under the influence of reflex stimuli from the gastrointestinal tract, gallbladder, etc. (147, 229), as being indicative of direct nervous effects on the coronary vessels alone, disregards the presumable role of concomitant nerve-induced reflectory alterations of myocardial metabolism (see p 81, 92).

5. Neurohormones and Dynamic Cardiac Functions

In view of the comparatively recent identification of the

adrenal epinephrine on the heart can no longer be considered as exactly duplicating cardiac sympathetic nervous activity. Yet, their results may be safely compared not only with the cardiac reactions to adrenal medullary secretion which

At rest and under otherwise normal conditions, the vagal and sympathetic influences on *cardiac rhythm and dynamics* are equilibrated under the guidance of the central nervous system, but this equilibrium is subject to reflex-induced modifications which originate in various parts of the body, i.e. in the central nervous system, in the cardiovascular system itself, and in some peripheral tissues (lit. 473). Increase of intracranial pressure, pressure upon the eyeballs, stimulation of the nasal mucosa and of the upper respiratory passages, etc., elicit usually a slowing of the heart rate; emotional excitement, muscular exercise, erect posture, etc. produce an acceleration. The most important proprioceptive cardio-inhibitory reflexes originate in the pressoreceptor areas of the aorta, the carotid sinus and other sections of the vascular tree, and as the so-called Bezold-Jarisch reflex, in the heart muscle itself. This latter reflex consists of combined vasodilator and cardio-inhibitory components. Both chemical (14, 291, 297) and mechanical (stretch) changes in the auricular and ventricular walls (294, 300, 538) seem to serve as its provoking stimuli whereby the speed of intraauricular pressure changes seems to constitute an essential element of the stimulus formation. Fukuda (186) speaks of a "cardiotonic bradycardia", assuming that any increase of myocardial muscular tonus acts as the starting mechanism of a bradycardia-producing reflex, although the latter may be overwhelmed by simultaneous directly cardio-acceleratory influences.

The actual existence of a cardio-acceleratory reflex (the so-called Bainbridge reflex) which is supposed to be elicited by a rise of pressure in the right auricle could not be clearly confirmed with modern methods of investigation (28, 294, 362, 502).

Ectopic beats and rhythms, originating in auricular and ventricular walls or in the sino-auricular and auriculo-ventricular nodes, and manifested as extrasystoles, auricular flutter or fibrillation, auricular or ventricular tachycardias and ventricular fibrillation, are frequently initiated under the influence of the cardiac nerves by virtue of their "bathmotropic" effects on the centers of intracardiac stimulus formation. It is to be understood, however, that these events occur only under certain abnormal predisposing circumstances, such as excessive stimulation of either the cardiac vagus (351a, 580) or sympathetic or, possibly more commonly, an exaggerated simultaneous stimulation of both (484). The disorderly, balance-upsetting character of such neurogenic "collisions" whose dynamic patterns are, in addition, modified by various hormonal, medicinal and

tachycardia (60, 300, 307). Stimuli received from the respiratory or gastro-intestinal tracts, as discussed by Scherf and Schott (508), emotional factors are capable of provoking various types of

denervation (228, 527) or by atropine, which bring the true sympathomimetic activity of norepinephrine to light. It is qualitatively equivalent to that of epinephrine and consists of positive chronotropic and inotropic effects and of electrocardiographic T-wave depressions, followed by a transient elevation (fig 5) (190, 203, 330, 457b, 520, 595). Both epinephrine and norepinephrine accelerate the idioventricular pacemaker in the presence of atrio-ventricular block (598). It should be noted, however, that the direct cardio-acceleratory effect of norepinephrine may also be modified by a simultaneous action on sensible receptors in the heart muscle itself and by a resulting stimulation of afferent pathways (500) which are likely to elicit a certain degree of reflexory counter-regulating cardiac inhibition. A dromotropic acceleration of auriculo-ventricular conduction has been observed under the influence of both epinephrine (lit 334) and norepinephrine (483).

While the administration of epinephrine is often followed by arrhythmias, such as atrio-ventricular rhythm, extrasystoles, auricular and ventricular fibrillation (lit 334, 444), the question of a direct arrhythmia-producing effect of norepinephrine on the denervated heart (undisturbed by peripherally elicited vagal counter reflexes) has not yet been systematically studied. Personal observations with *E. Lepeschkin* (336) on atropinized cats suggest however that norepinephrine is less prone to evoke such rhythmic disturbances than epinephrine.

The coronary flow is augmented by both epinephrine (lit 444) and norepinephrine (245, 576), probably for the same reasons as mentioned in connection with the coronary dilatation resulting from cardiac sympathetic nerve stimulation (see p 77).

All in all, the effects of injected epinephrine and norepinephrine (after inactivation of the vagus) have been useful in interpreting the mode of action of sympathogenic neurosecretion on the heart. Evaluation in the intact organism of the direct ("muscarinic") influence of experimentally administered *acetylcholine*, on the other hand, is made difficult by its dual "amphomimetic" effect, which involves simultaneous sympathetic ganglionic stimulation (see p 70) and, thus, disturbs cholinergic influences on heart rate and amplitude (128, 251, 374, 453). The preponderance of either cholinergic or adrenergic cardiac responses seems to depend on the pre-existing "vagotonic" or "sympathotonic" state of the individual at the time of *acetylcholine* administration (286). Even on the denervated heart, *acetylcholine* does not exert a graded negative chronotropic influence (227), and may produce an acceleratory effect, apparently by virtue of its action on intramyocardial sympathetic ganglia (267,

consists prevailingly of epinephrine, but also with most of the effects exerted upon the heart by locally liberated norepinephrine.

Injection of *norepinephrine*, on the other hand, is paradoxically even more unsuitable as an intended analog to the local liberation of norepinephrine within the heart muscle. Artificially administered norepinephrine circulates in the blood, and, by eliciting widespread constriction in almost the entire arterial system, provokes via the vascular pressoreceptors overwhelming vagal counter-regulatory reflexes on the heart, i.e. bradycardia (31, 35, 213, 319, 539) and sometimes a decrease of the cardiac output (204, 483). These complicating features have caused much confusion in the interpretation of norepinephrine action on the heart. They are abolished by vagal

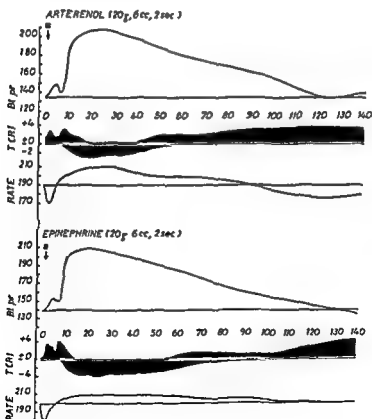


Fig. 5. Qualitative identification of norepinephrine amounts of norepinephrine indicate the amplitudes seconds after i. v. injection (after W. Raab and E. Lepeschkin, unpublished data).

as pointed out by *Lenzi and Caniggia* (332, 333). Simultaneously, acetylcholine is being resynthesized in its bound form by choline acetylase, a process for which the necessary energy seems to be furnished by the hydrolysis of ATP (404a). These concepts seem well compatible with the observation, made in young rats on a choline-free diet, that cardiac contractility was diminished (2, 487).

A negative inotropic effect of acetylcholine was concluded from an early diastolic relaxation and diminished contractile amplitude (34, 183, 436), but increased amplitudes were also occasionally observed (87). A direct antagonism between negative and positive inotropic actions of acetylcholine and epinephrine, respectively (25), and also between their opposite effects on the T-wave (26) was demonstrated on the frog heart by *Loewi* (348) and *Baker and Baker* (25, 26). However, on mammalian hearts, acetylcholine was found capable of potentiating the inotropic effect of epinephrine (375).

The occurrence of ectopic rhythms may be attributed to the synthesis or liberation of cardiac acetylcholine having reached a certain limit at the centers of automaticity. Slight mechanical injury to either auricles or ventricles, which is known to liberate acetylcholine from pro-acetylcholine (487), elicited fibrillation. This could be prevented by atropine (507).

Coronary flow has been found to be increased by intracoronary injection of acetylcholine under various conditions and with avoidance of major changes of the blood pressure (17, 142, 302, 578). This effect was abolished by atropine (229). It contrasts with the coronary constriction which usually accompanies cardiac vagal stimulation (see p 77, 84, fig 7). Its underlying mechanism, whether primarily concerning the coronary vascular walls or myocardial metabolism, is still uncertain (229).

6. Neurohormones and Total Oxidations of the Heart

Interference in the oxygen consumption and economy of the heart muscle is the most conspicuous and best known feature among the nervous influences upon myocardial metabolism. It will therefore be discussed first before an attempt is made to penetrate deeper into the phenomena of intermediary cardiac metabolism and its neurogenic alterations.

which
on the
phre
nerve
and
of the

... metabolism is merely a quanti-

273) Large doses elicit bradycardia or auriculo ventricular block (231) Ectopic rhythms (extrasystoles, auricular flutter and fibrillation) have been provoked by injection and prolonged infusion of acetylcholine (33, 93, 206, 351 a, 407, 413, 485, 504, 574) or by its topical application on the auricles and the sinus node (507)

The observations on isolated hearts had been originally intended and believed to imitate exclusively the activity of acetylcholine, liberated in the supraventricular areas of the heart as a result of vagal stimulation Recent findings of *Paes* (425) and of *Bulbring and Burn* (86), however, have made it probable that, beside its function as a cardio-inhibitory vagal neuro humoral transmitter, acetylcholine serves also, independently of vagal activity, as an essential link in the process of cardiac muscular contraction Exhausted and noncontracting isolated auricles were brought to renewed activity by the addition of acetylcholine Increasing amounts augmented the vigor of contraction until a certain maximum was reached Beyond this, a further addition of acetylcholine caused again inhibition A stimulating effect of small doses of acetylcholine, in contrast to an inhibitory one of larger quantities, had also been observed by other workers (324, 374, 532) on the mammalian ventricle *Burn* (90) concludes that "in cardiac muscle the mechanism of firing off the contraction is acetylcholine but instead of being liberated by a nervous impulse, it is synthesized and causes a contraction probably when a certain concentration is reached It is possible that the pace maker controls the rate of beating by controlling the rate at which this concentration is reached " He assumes that acetylcholine is also concerned with the conduction of the impulse and with the force of contraction (92) According to *Nachmansohn* (404a), free acetylcholine is fundamentally involved in the formation of bio electric potentials by acting upon specific receptors (proteins?) in the muscular cell membrane in a way which alters its permeability for cations During muscular activity, the action of free acetylcholine, released from its storage complexes by electric currents or other "disturbances", would permit the rapid entry of sodium ions into the cell and the extrusion of potassium, with their respective gradients Subsequent instantaneous hydrolysis of acetylcholine by acetylcholinesterase would permit the cellular receptors to return to their resting condition whereby the barrier to a rapid exchange of ions is re established During this recovery phase, the cationic status is restored against the gradient at the expense of oxidative energy,

influence of epinephrine an increment of myocardial oxygen consumption up to 350% which was far out of proportion to the simultaneous intensification of work performance, and outlasted the latter. No dependence of the degree of the exaggerated oxidative processes on the amount and type of concomitant cardiac extra work could be ascertained by either *Gollwitzer-Meier* (208) or *García Ramos* (193). According to *Gremels* (231), small doses of epinephrine (less than 5 gamma on the heart lung preparation) cause a 40% elevation of the myocardial oxidations in the absence of any measurable increase of cardiac work. The maximal calorigenic effect beyond which no further augmentation could be achieved was reached with doses of about 15 gamma. Single injections of epinephrine were followed by immediate "explosion like" rises of the cardiac oxygen consumption. It declined within approximately 5 minutes but remained above normal for longer periods (231). To characterize the specific oxygen wasting and thus efficiency impairing properties of the adreno-

... (180, 189, 210) who believe that the isometric "inner tension" of the heart muscle which occurs under catecholamine action (468) requires all the excess oxygen consumption observed, especially when a systolically emptied ventricle contracts further, as it were, against itself, in the manner of a clenched fist (148). The validity of this concept seems doubtful however, in view of a) the markedly oxidation augmenting effect of even small, dynamically subthreshold doses of epinephrine, b) a disproportionate temperature rise in the blood of the coronary sinus which suggests a conversion of oxidative energy into heat rather than into mechanical energy (282, 335), and c) the general, probably largely nondynamic calorigenic action of the catecholamines (136, 355) (older lit. 309). Normally, approximately 35% of the free energy of substrate, utilized in cellular metabolism is being dissipated as heat (27). Under the influence of the catecholamines, this ratio seems to be increased.

It should also be mentioned here that *B. Kisch* (309) in contradiction to other investigators who consider epinephrine a direct oxidant catalyst (7, 57, 224, 480) ascribed its calorigenic effects rather to adrenochrome (adrenochrome [225]) (see p. 70). *Green* (309) has shown the effect of adrenochrome on the heart but the effect of adrenochrome that it can hardly be considered fully

tative one (see below). Thus, the results, obtained with epinephrine, are still acceptable as valid but with the understanding that the metabolic changes observed were exaggerated by comparison with those attributable to sympathetic nervous stimulations resulting in the local discharge of corresponding quantities of norepinephrine

Gollwitzer-Meier and *Witzler* (213) determined the augmenting influence of norepinephrine on cardiac oxygen consumption. It amounted to approximately one quarter of that exerted by epinephrine. Direct stimulation of the cardiac sympathetic nerves was found by *Gollwitzer-Meier* and *Kroetz* (209) and by *Eckstein* and co-workers (148) greatly to intensify myocardial oxygen consumption. An outstandingly characteristic and important peculiarity of this sympathetic- (i.e. norepinephrine) -induced increase of myocardial oxygen consumption is the fact that it is not paralleled by a proportionate increase of cardiac work either of the isolated heart (212) or of the heart in situ (148). *Eckstein et al.* (148) controlled the cardiac output during sympathetic stimulation by inflating balloons in the venae cavae, and even an actual reduction of cardiac work did not significantly interfere with the marked increase of myocardial oxygen consumption (fig. 6). Their conclusion that "the increased oxygen consumption following nerve stimulation is not due to increases in cardiac work" agrees with essentially identical observations which had been made before with epinephrine by *C.L. Evans* (158), *Gollwitzer-Meier* and co-workers (208), *Gremels* (231) and *García Ramos* and *De Arellano* (193). *Gollwitzer-Meier* (208) observed under the

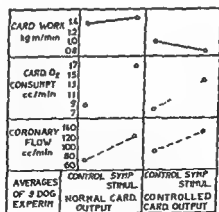


Fig 6 Stimulation of the cardiac sympathetic nerves (= norepinephrine discharge) augments myocardial oxygen consumption regardless of simultaneous increase or decrease of cardiac work (artificially controlled through reduction of venous return) (composed from data published by *R W Eckstein et al* [148])

usual efficiency of these compensatory hemodynamic mechanisms, it is obvious that they will not be able to cope with the situation if the influx of catecholamines into the heart muscle is excessive and/or

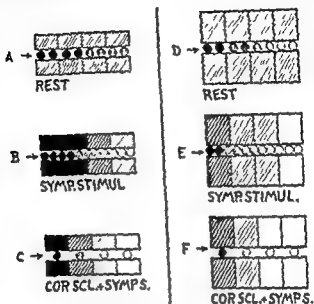


Fig. 8 Myocardial Hypoxia due to Catecholamine Action combined with Coronary Sclerosis and/or Cardiac Hypertrophy

The rectangles symbolize myocardial cells, lining a coronary capillary, the blood flowing from left to right. The degree of darkness of red cells and myocardial cells, respectively, symbolizes the amount of their available and consumed oxygen, respectively, white cells are hypoxic or anoxic.

A At rest, the normal sized myocardial cells obtain an adequate amount of oxygen from the passing erythrocytes,

B Under sympathetic stimulation (\approx local discharge of norepinephrine) or epinephrine influx from the blood, the oxygen uptake per cell is greatly increased, regardless of work performed (see also fig. 6), the erythrocytes become, accordingly, more rapidly depleted of oxygen, but ordinarily not to the extent of hypoxia.

Under conditions of coronary sclerosis and cardiac hypertrophy, the situation is worsened, and a maximal number of cells may become hypoxic or anoxic.

Under conditions of cardiac cell hypertrophy with coronary sclerosis and catecholamine action brings hypoxia to a maximum in a maximal number of cells. Dynamic cardiac failure may result.

potentially hypoxiating influence of epinephrine and norepinephrine on myocardial metabolism (458).

Some teleologically-minded critics have pointed to the apparent absurdity of "physiologic" substances like the adreno-sympathogenic catecholamines, perpetrating such a seemingly purposeless and ultimately harmful wastage of cardiac oxidative energy. This objection can be refuted by recognition of the existence of two normally adequate compensatory mechanisms, namely 1. adaptability of the intact coronary circulation and 2. cholinergic metabolic counteraction.

It is true that the coronary dilatation which accompanies the influx into the myocardium of both norepinephrine from the sympathetic nerve terminals, and of epinephrine from the circulating blood or perfusion fluid, is often insufficient to compensate for the catecholamine-induced critical oxygen losses either in the isolated heart or in the innervated heart-lung preparation (209, 220) (fig. 7).

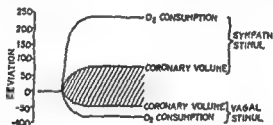


Fig 7 Stimulation of the cardiac sympathetic nerves increases myocardial oxygen consumption to a greater extent than coronary flow, thus producing myocardial hypoxia, vagal stimulation, on the other hand, reduces oxygen consumption to a greater extent than coronary flow, thus conserving myocardial oxygen (after K Gollwitzer-Meier and C Kroetz [209])

Under these conditions, the outflowing coronary venous blood was found abnormally dark due to excessive oxygen losses and a "catastrophic" degree of myocardial hypoxia appeared imminent (208, 209). However, with the innervated heart in situ, the situation differed radically insofar as identical augmentations of the myocardial oxygen uptake were compensated by a commensurate increment of the coronary flow, and the coronary venous blood appeared brighter red. Gollwitzer-Meier and Kroetz (209) estimate the nearly 100% adaptation of the coronary flow as being made possible to about one-third by active coronary dilatation (as in the isolated heart) plus two-thirds by the general hemodynamic effects of the catecholamines, leading to a passive increase of coronary artery pressure and flow. In the intact animal, epinephrine augmented the coronary flow four times as much as in the isolated heart (209). Despite the

has been mentioned in sections I 3 and I 5. It is reflected in seemingly paradoxical observations made by *Grimm* (231) such as an increase of cardiac oxidations under the influence of larger doses of acetylcholine (due to secondary liberation of catecholamines?) or a depression of cardiac oxidations by minute doses of epinephrine (due to secondary liberation of acetylcholine from pro-acetylcholine?). Combined infusion of small amounts

Total denervation of the heart diminishes its energetic efficiency (230, 534). The relatively high residual oxygen consumption of the completely resting heart muscle (107, 195, 346, 481) has been attributed to an accumulation of lactic acid (515), but the fact that it greatly exceeds that of an equal mass of skeletal muscle may be due to its higher content in active catecholamines (450). The actual mechanical work, performed by the heart, however, is small.

Small variations in heart rate, by augmentations of the stroke volume (515) and, particularly, by increments of the diastolic volume (534) which, in turn, depend on the peripheral resistance (lit. 515). However, *Starling's* law according to which the oxygen consumption of the myocardium is, within certain limits, proportionate to the degree of tension of the myocardial muscle fibers, applies in its original form only to the artificially isolated heart while it is grossly modified in situ by the above discussed mutually opposing neurogenic influences.

In summarizing it may be stated at this point that the

the other, collaborate normally in the maintenance of energetic homeostasis. Alterations in the equilibrium of their respective activities, arising from either excessive or deficient

activity with inadequate coronary blood supply and/or inadequate cholinergic counterregulation. We shall refer to such situations in the clinical sections II 1a, b and II 2c, c, 3c.

if the dilatability of the coronary vessels is impaired, as by atherosclerosis (see p 114) Under such circumstances, both epinephrine and norepinephrine will act as truly cardiotoxic anoxiating agents by exhausting the coronary oxygen supply before the coronary capillary blood has established contact with all individual myocardial cells It is to be assumed that the cells, lining the longest and narrowest capillaries will suffer the most from hypoxia which results from catecholamine induced oxygen wastage (fig 8).

The second compensatory mechanism which is capable of preventing a harmful degree of catecholamine-induced myocardial oxygen wastage is the *opposite, oxygen preserving metabolic action of acetylcholine* Its diminishing influence on cardiac oxygen consumption (30, 106, 193, 195, 231, 482, 493) has been found independent of its dynamic inhibitory action (193, 231) which it both precedes and outlasts Infused doses as small as 0.000017 gamma per minute proved effective in this respect on the heart-lung preparation (231) Essentially identical results were obtained by stimulation of the cardiac vagus (66, 209, 534), either directly or reflectorily (212) Here again the oxygen-sparing action appeared essentially independent of the dynamically inhibitory, negative chronotropic effect of vagal stimulation Energetic efficiency was increased (209), the total oxygen requirement for each systolic contraction being diminished (66) Accordingly, elimination of vagal action on the innervated heart augmented the cardiac oxidations (230) by creating a relative adrenergic preponderance

The reduction of coronary flow which accompanies cardiac vagal stimulation (see p 77) does not keep pace with the degree of oxygen preservation (209) (fig 7), just as catechol induced coronary dilatation does not keep pace with cardiac oxygen wastage (209) Thus, the vagal cholinergic influences on myocardial oxidative metabolism and blood supply appear as diametrically opposed to those exerted by the sympathetic catecholamines Yet, it remains a moot question whether this "antagonism" takes place at identical levels of the intermediary metabolic processes (502)

The complicated interplay between the assumed rhythmical synthesis and integration of acetylcholine its liberation from myocardial pro-acetylcholine and the reciprocal liberation of catecholamines from myocardial sources by acetylcholine itself

process (318) under participation of thiamine as cocarboxylase for the oxidation of pyruvic acid, and of other enzymes of the vitamin B complex. After oxidative dehydrogenation, the hydrogen atoms of the substrate pass through several enzymatic carriers whereby energy is released, and approximately 65% of the free energy of the substrate (27) are incorporated into a number of organic phosphate bonds which serve as temporary energy stores while the rest is dissipated as heat (fig. 9). Creatine combines with one energy-rich phosphate group to form phosphocreatine (phosphagen). Enzymatic anaerobic splitting of the latter into creatine and phosphoric acid furnishes the energy for immediate resynthesis of ATP after each contraction (Lohmann reaction [349]). Beside this series of reactions which supplies approximately 90% of the cardiac mechanical

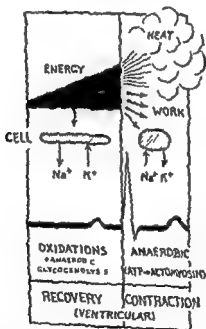


Fig. 9 Simplified Schematic Representation of Metabolism and Electrocardiogram of Cardiac Diastole and Systole

The black area symbolizes the build-up of energy-rich phosphate bonds (phosphagen and ATP) aerobically from glucose and fatty acids during diastole.

7. The Energy-Yielding Metabolism of the Heart

The essence of the intermediary chemical processes which yield the energy, required for cardiac muscular contraction, has been clarified to a considerable extent. Yet, while there can be no doubt that neurohormonal factors interfere profoundly in this complicated interplay of delicate reactions, only little attention has been paid so far to the modifications, imposed by the catecholamines and by acetylcholine on the various steps of energy production and utilization at their respective levels.

For general information regarding the details of the metabolic processes in question, the reader is referred to the books of *Schumann* (515), *Szent Gyorgyi* (541a), *Verzar* (552), *Mommaerts* (389a) and *Pendl* (431), and to the reviews by *Olson* and *Schwartz* (419), *Wollenberger* (588), *Heggin* (262) and *Green* (225). Only a few of the most important features of myocardial energy production and utilization will be mentioned here. As far as the former is concerned, it is believed to be largely used for preparing the resynthesis of adenosine-triphosphate (ATP), the chief energy donor, which disintegrates while delivering energy directly for actual muscular contraction. Oxidative and anaerobic energy production take place prevalingly during the diastolic recovery phase of the heart muscle. They constitute the most complex chain of processes in cardiac metabolism and require adequate supplies of oxygen, of enzymes and coenzymes, of certain hormones, and of substrate (glucose, lactate, pyruvate, fatty acids, ketone bodies and amino acids) which the heart muscle extracts from the blood. Myoglobin serves as an oxygen reservoir, suitable to equalize the fluctuations of the oxygen supply during the contraction phase (54).

Lack of substrate hardly ever occurs with the heart in situ and can be disregarded in the present deliberations. Even in starvation, the heart is capable of deriving its necessary energy from fat (215). The presumable interference of neurohormones in the other metabolic requirements will be discussed below.

Energy production in the heart muscle is guaranteed by the oxidative combustion of carbohydrates via the so called Krebs cycle

... (318) under participation of thiamine as cocarboxylase for ... of the vitamin B ... hydrogen atoms of the substrate pass through several ... carriers whereby energy is released, and approximately 65% of the free energy of the substrate (27) are incorporated into a number of organic phosphate bonds which serve as temporary energy stores while the rest is dissipated as heat (fig. 9). Creatine combines with one energy-rich phosphate group to form phosphocreatine (phosphagen). Enzymatic anaerobic splitting of the latter into creatine and phosphoric acid furnishes the energy for immediate resynthesis of ATP after each contraction (*Lohmann reaction* [349]). Beside this series of reactions which supplies approximately 90% of the cardiac mechanical

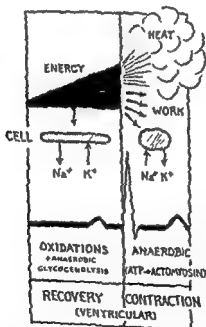


Fig 9 Simplified Schematic Representation of Metabolism and Electrocardiogram in Cardiac Diastole and Systole

The black area symbolizes the build-up of energy-rich phosphagen and ATP, which is then used for the contraction of the heart muscle. The diagram illustrates the metabolic and electrocardiographic changes during the cardiac cycle, showing the transition from diastole to systole and back.

energy (262) (however without any clear-cut quantitative relationship to the amount of mechanical work performed by the heart [11]), there exist also anaerobic mechanisms which contribute to the remaining energy fraction, namely a) anaerobic glycogenolysis, resulting in the generation of labile phosphorus bonds and ultimate synthesis of additional phosphocreatine, and b) direct anaerobic transformation of glucose into lactic acid. This latter process and the direct combustion of lactic acid are specific features of the heart muscle which distinguish it from skeletal muscle (lit 515). ATP serves as coenzyme in the anaerobic formation of lactic acid (350). The normally relatively insignificant sets of anaerobic reactions step into the foreground, if called upon as emergency mechanisms in states of cardiac hypoxia. By themselves, they can maintain cardiac activity only for a few minutes (67, 303). The rapid breakdown of cardiac function under more or less anaerobic conditions is caused not so much by the lack of oxygen per se rather than by the immediate accumulation of unoxidized lactic acid (515) which (like pyruvic acid) stimulates oxidative processes further (241, 308) and interferes in cardiac energy utilization (419), thus contributing to a detrimental vicious circle. Coronary vascular occlusion constitutes, therefore, the maximal hazard for cardiac function, while a thorough flushing of the coronary system with blood or with a perfusion fluid, containing glucose, permits a much longer maintenance of anaerobic cardiac activity by washing away the accumulated unoxidized toxic metabolites, especially lactic acid (515).

The utilization of energy, provided by ATP for cardiac muscle cell contraction, is made possible, according to current theories (40, 560), by the partial dephosphorylation of ATP to adenosine diphosphate under the influence of the enzyme adenosinetriphosphatase (ATP-ase), which is probably identical with one chief constituent of the myocardial cell proteins, namely myosin (152). Myosin and actin combined, as shown by the fundamental investigations of *Szent-Györgyi* (541), form the contractile actomyosin molecule which becomes shortened, if exposed to ATP and if surrounded by an adequate electrolyte distribution. The intracellular potassium stores are believed by *Szent-Györgyi* (541) to serve as insulating material, separating actomyosin and ATP, until their temporary depletion by diffusion of part of the potassium ions through the cell

membrane permits a close contact of ATP and actomyosin which is necessary for contraction of the latter. Beside its role in the myocardial systole, ATP is also instrumental in initiating the subsequent relaxation. Both association (contracture) and dissociation (relaxation) of actomyosin are influenced by the intracellular electrolyte content (245). The presumable role of acetylcholine in facilitating the transmembranous migration of electrolytes has been discussed on p. 80.

Great emphasis is being placed by Lenzi and Caniggia (332, 333) on the "cationic gradient", that is, on the relative intra- and extracellular concentrations of both sodium and potassium, as a prominent factor in myocardial cell contractility. The concept of these authors is based on observations of Fleckenstein (175, 177) which suggest a direct dependence of the electric membrane potential of muscle cells on the electrolyte gradient and, in turn, a decisive influence of this membrane potential upon cellular action potential and con-

During cardiac action during systole Na^+ enters the cell and K^+ leaves it, during the recovery phase, the electrolyte distribution is restored, whereby energy, supplied by the intermediary myocardial carbohydrate metabolism, is used (and thus wasted for mechanical purposes) for re-establishing the 'usual gradient' against the gradient slope. Differences in the transmembranous migration velocity of Na^+ (slow) and K^+ (fast) cause

by chan

the diffi

and rep

the opir

Usual cardiac contractility depends more on the constancy of the intra-extracellular cationic gradients than on the absolute electrolyte concentrations within and around the cells. However, Haydu (245) has produced evidence in favor of a major importance also of the absolute total cellular ion content for the maintenance of actomyosin adaptability. He ascribes to certain potassium changes two antagonistic effects: normal

by the resulting increase of the membrane potential and its influence on the cellular pH. Although

most of this experimental work was carried out with potassium, there is reason to assume that the electrophysical phenomena under question are similarly attributable to fluctuations of sodium, as far as these affect total intra- and extracellular ion concentrations and contents (245, 332, 333, 376).

It must be mentioned here that recent investigations by *Fleckenstein* (176) on frog muscles, which prove that contraction occurs without a diminution of muscular ATP, and despite a far-reaching elimination of phosphocreatine, are apt to cast some doubt on the validity of the above-outlined theories of ATP breakdown and re-synthesis also regarding the heart muscle. The electrophysical phenomena of electrolyte diffusion and their effects on membrane potentials and on depolarization and repolarization are assuming increasing significance in the interpretation of muscular contractility and cardiac rhythmicity. *Fleckenstein* (176) suggests that the dissociation of phosphocreatine may serve the recharging of the muscle cell membranes rather than the resynthesis of ATP. Contraction of actomyosin threads has been seen to occur under a variety of conditions in the absence of ATP (476).

8. Interference of Neurohormones in Cardiac Energy-Producing and -Utilizing Processes and Related Electrical Phenomena

There seem to be several reasons for the scarcity of work, devoted so far to the interference of the catecholamines and of acetylcholine in the chemical and physico-chemical processes of cardiac energy production and utilization—the largely problematic nature of these processes, many of whose basic features are still in need of further clarification, the difficulty in establishing clearly specific effects of the individual neurohormones, undisturbed by interference on the part of their respective "antagonists", and an apparent lack of realization that all types of neurohormones are constantly present in the heart muscle and fundamentally important not only for its physiological activity but also for its pathological functional and structural derangements.

The ability of the completely denervated isolated heart to function for hours does not prove its independence of neurohormonal influences since a prolonged presence of both metabolically active norpinephrine and epinephrine, and of acetylcholine-yielding pro-acetylcholine in the myocardial tissue has at least not been ruled out. The myocardial catecholamines are only partially reduced after sympathectomy (218, 461) and can be neither diminished nor inactivated by sympatholytic drugs (450). Thus, it seems practically impossible to completely eliminate either adrenergic or cholinergic influences from the beating heart and to clearly evaluate the quantitative degree of their specific participation in the basic processes of cardiac contraction.

phosphate of the skeletal muscle (343), as well as the observation that of auto-
 re such difference
 g catecholamines,
 um Both phenom-
 < 4) Is total calcu-
 ing of epinephrine
 content in labile
 the myocardium,
 especially regarding phosphocreatine and ATP (83, 421), and the relative inability of
 the skeletal muscle to utilize lactic acid (11, 515).

A) Effects of Catecholamines

The effects of norepinephrine upon the intermediary cardiac metabolism have not yet been studied, but whatever information was obtained from experiments with epinephrine may be considered qualitatively, if not quantitatively, valid also regarding norepinephrine.

The following metabolic areas of catecholamine interference will be considered (table 2):

Table 2

Effects of Neurohormones on Myocardial Metabolism

Type of Neurohormone		Oxygen Consumption	Energetic Efficiency	Glycogen	Lactic acid	Phosphocreatine	ATP	ATPase Activity	Intracellular	
									Na ⁺	K ⁺
Catecholamines*	Small doses	↑	↓	=	=	=	=	=	=	=
	Large doses	↑	↓	↓	↑	↓	↓	=	↑	↓
Acetylcholine		↓	↑	↑	=	>	?	=	?	?

* Epinephrine and norepinephrine. Most of the data on which this table is based were obtained by experimentation with epinephrine.

a) Substrate (glucose, lactic acid, glycogen), b) labile phosphate bonds and respective enzymes, c) electrolytes.

ad a) Under normal conditions, cardiac oxidative processes take place largely at the expense of the *myocardial carbohydrates*, lactic acid furnishing the bulk of this material (159, 160, 215, 377), but fatty-acids are likewise utilized to a considerable extent (37, 53, 116, 215, 553) The augmentation of oxidative processes by epinephrine in general (252, 358, 564) and in the heart muscle in particular (162) is believed to be caused essentially by an increased combustion of carbohydrates (429) However, this has not yet been proven to be true for the heart of the intact animal or human The three best-known features of epinephrine-induced alteration of carbohydrate metabolism are 1. a reduction of myocardial glycogen (69, 98, 397, 515) which may lead to complete glycogen deprivation of the heart (115) but which may also be lacking, probably according to dosage and to cholinergic counter-regulatory effectiveness (163, 327, 537) (see below), 2 an accumulation of lactic acid in the heart muscle (563), accompanied by an increased delivery of lactic acid into the blood (220) with resulting acidification of the latter (207) and a reduced uptake of lactate from the coronary circulation, presumably because of a diminution of the blood-to-tissue gradient (68, 214), and 3 a diminished ability of the heart muscle to absorb and assimilate glucose from the blood (233) in apparent analogy to the behaviour of other peripheral tissues (112, 531, 572) This last point seems difficult to reconcile with the contention that the epinephrine-induced increase of oxidative processes occurs prevalently at the expense of carbohydrates (see above) Bing's recent finding (50) that in the intact human heart *in situ* only 35% of the energy production derive from carbohydrates and most of the rest from fatty acids, may necessitate a revision of the above-mentioned older conclusions which were based on experiments with isolated hearts or heart-lung preparations

The irregularity and even absence of glycogen losses from the myocardium in some of the experiments with epinephrine may have been due to differences in technique and dosage Since myocardial hypoxia is a well-recognized factor in eliciting the anaerobic degradation of glycogen to the stage of lactic acid (lit 163, 268, 515), it may be assumed that epinephrine-induced myocardial accumulations of lactic acid, if occurring at all, are a secondary, toxic phenomenon They may be attributed to the hypoxia of parts of the heart

muscle, resulting from an excessive premature extraction of oxygen from the capillary blood, especially if it is combined with an inadequate coronary blood flow (fig 8) The hypoxia is probably further aggravated by the accumulating lactic acid itself (241, 308) which at the same time also inhibits a continued anaerobic utilization of the remaining glycogen stores (515) Cardiac glycogenolysis seems to go into effect if an exaggerated hypoxiating catecholamine action calls upon it as an anaerobic emergency mechanism Lactic acid as its endproduct cannot be further oxidized in the affected cell groups until oxidations fall again to a degree which does no longer exhaust the oxygen reserves of the coronary blood prematurely before it has reached all myocardial cells supplied by it (fig 8)

ad b) The ATP content of the heart muscle has been found by several workers to be decreased after epinephrine administration (95, 397, 563) Here too, a causative role of cardiac hypoxia should be suspected in view of the analogy with the ATP losses of hearts artificially deprived of oxygen (99, 515), and because lack of oxygen interferes with the synthesis of ATP (262) Addition of ATP to hearts, made hypodynamic by overdosage of epinephrine, was found capable of reactivating them (104) The activity of ATP-ase in the heart does not seem to be altered by epinephrine (398) Myocardial phosphocreatine is likewise diminished by epinephrine in larger doses (95, 397, 563) Small doses do not cause marked reductions of either ATP or phosphocreatine (563) and thus do not interfere seriously in cardiac dynamics despite impaired efficiency (231) in contrast to large, toxic doses which contribute to the development of cardiac failure (see p 126)

It is worthy of note that strenuous muscular exercise which is associated with a marked increase of the catecholamine (especially epinephrine) content of the heart muscle (275, 444), leads, accordingly, to a diminution of myocardial glycogen ATP

... during muscular exercise (361)

ad c) Observations concerning the influence of the sympathomimetic catecholamines on *myocardial electrolyte metabolism* are still quite rudimentary. Changes in the intracellular movements of potassium are closely linked with carbohydrate metabolism, in that the assimilation of glucose and glycogen-synthesis are accompanied by a "binding" of potassium whereas potassium ions are "released" when glycogen is hydrolyzed (325, 533). According to *Verzár* (552), this latter process takes place during each contraction, coincident with the disintegration of a relaxing myosin-glycogen-potassium "symplex".

The above-mentioned glycogenolytic effects of catecholamine action can be expected to liberate K^+ in increased amounts and thus to influence the intracellular electrolytic milieu as well as the intra-extracellular cationic gradient and cellular membrane potential (see p 91).

A specific study of the effect of small and medium doses of epinephrine and norepinephrine on the intra- and extracellular electrolyte distribution in the heart muscle by *Robertson and Peyser* (479) did not yield conclusive results but large doses of epinephrine were followed by a definite intracellular increase of Na^+ and some decrease of K^+ . Extracellular water was augmented in all experiments. Similar changes were observed in artificially anoxiated heart muscle (260), and losses of K^+ from the myocardium of perfused hearts occurred after addition of epinephrine and norepinephrine (384). These metabolic influences and a presumable reaction of epinephrine with specific receptors at the cell membrane (348) seem to account for the negative surface potential of the heart muscle cells, which is induced by sympathetic stimulation (121, 198) and epinephrine (272, 517), while the effects of epinephrine on the cellular action potential are still controversial (172, 518). The rate of repolarization was found to be accelerated by epinephrine at the beginning of the systole but slowed during the phase of the T-wave (172).

It should be reiterated here that the experimental results obtained with epinephrine which were discussed in the preceding paragraphs may be considered in principle as analogous to sympathetic nervous action (i.e. norepinephrine liberation) on the heart but with the understanding that the effects of norepinephrine are less intense at least as far as oxidative processes are concerned.

B) Effects of Acetylcholine

In contrast to the rather extensively explored effects of the catecholamines upon intermediary cardiac carbohydrate meta-

bolism, very little information is available concerning its behavior under the influence of acetylcholine whose oxygen preserving and efficiency improving action (see p 86) is still unexplained (table 2). It has been stated by one investigator (545) that myocardial glycogen is increased by infusion of acetylcholine. Dehydrogenation of succinate and lactate were found unaltered (499). On the other hand, the apparent indispensability of acetylcholine for myocardial contraction (404a, 487), and its tendency to liberate K^+ (284, 331, 409) point toward some participation in carbohydrate catabolism. No direct evidence could be obtained in favor of an interference of acetylcholine in myocardial recovery metabolism as a possible cause of its problematic negative inotropic effect (29) (see p 81).

The reciprocal liberation of acetylcholine by K^+ (45, 348), presumably from pro-acetylcholine stores (487), may constitute a feature of the apparently inseparable interplay of adrenergic and cholinergic interferences in cardiac cellular metabolism. This is also suggested by the potentiation of cholinergic effects through small doses of epinephrine (94, 231, 234) and vice versa (375, 425), and the supposedly "diphasic" (532) or "amphomimetic" (121) action of both the catecholamines and acetylcholine.

Relations between acetylcholine on the one hand, and ATP-synthesis and action on the other, are not yet clarified but there exists some evidence in favor of a mutual activation of these substances (46, 83, 543), and of a role of ATP in the process of acetylation (404a, 405). Hearts, made hypodynamic by an overdosage of acetylcholine could be revived by ATP (104). ATPase activity is not influenced by acetylcholine (399).

Acetylcholine exerts either a weak negative (487) or no (89a 272) effect on the membrane potential of the beating heart. It was found to leave the resting potential of the myocardial cells unchanged (272 487 590) or to increase it (276 404a). This is due to exchange of Na^+ and K^+ (276 404a) by acetylcholine (89a 172 272) where Gaskell (197) and others (11 348) prove that the vagus has a direct effect on the heart. Although vagal stimulation in the heart is of less significance of it to the auricle appears unlikely according to the elevation of the serum potassium concentration was found to increase cardiac reactivity to vagal stimulation (269b).

Baker a
hand and o
electrical co.

than norepinephrine in overriding the electrical phenomena, elicited by acetylcholine. The more potent hypoxiating properties of epinephrine may possibly account for this difference because hypoxia per se inhibits vagal effectiveness to some extent (594).

9. Interference of Hormones and Vitamins in Neurohormonal Regulation of Cardiac Metabolism

a) *Thyroid Hormone*

Among the hormonal interferences which modify the neurohormonal effects on cardiac metabolism, outlined on pp 81-86 and 93-95, those caused by the thyroid hormone are the most important or, at least, the best understood.

At the outset, two not widely enough appreciated points must be emphatically stressed. One is the invalidity of the teleological textbook myth that the cardiac effects of thyroid overactivity are attributable to adjustments of heart action "in order to fulfill" the metabolic "demands" of the tissues of the body. This convenient but rather metaphysical superstition, although convincingly refuted by Rasmussen (466) and others (328, 474) who demonstrated the mutual independence of peripheral and direct cardiac effects of the thyroid hormone, still dominates clinical thinking and teaching.

The second point concerns a concept which has been propounded by the writer (444) for a long time and which was recently consolidated especially by Brewster (74, 74a) and others (277, 464), namely that the metabolic and, accordingly, functional effects of the thyroid hormone are elicited indirectly through potentiation of the intrinsic ubiquitous adreno-sympathetic catecholamines in the tissues, including the relatively large catecholamine deposits in the heart muscle. Therefore, the cardiovascular effects of the thyroid hormone are to be considered as mediated by the catecholamines and in principle identical with those of the latter.

Burn (91) and others (288, 544) have suggested that the thyroid hormone, by reducing tissue amine-oxidase, protects the catecholamines against enzymatic inactivation and thus enhances their specific effectiveness. The observation of an exaggerated deposition of injected epinephrine in the heart muscle of thyroid-treated animals (329) seems to be consistent with this view. Bacq (22) noticed an epinephrine-protecting effect of thyroxin in vitro. However, other

amine oxidase inhibitors did not significantly alter the myocardial catecholamine content (156b) and, thus, the above-mentioned hypothesis is still open to question. Leduc et al (329) consider also the possibility of a local methylation of norepinephrine to epinephrine in the heart, since norepinephrine was found diminished after administration of thyroid hormone. On the other hand, both Goodall (218) and Hakfelt (275) observed an augmentation of myocardial norepinephrine under thyroxin treatment. Thyroidectomy was followed by diminution of norepinephrine and increase of epinephrine (275) or failed to produce significant changes (218).

The functional cardiac manifestations under the influence of thyroid administration and overfunction, and their opposite in the absence of the thyroid hormone, are well known (lit 444, pp 34-41, 122-161). Thyroid induced tachycardia, increased vigor of ventricular contraction and augmented stroke volume appear identical with the effects of adrenergic action on the myocardium. It is equally well known that the sensitivity of the heart to epinephrine is greatly accentuated by the thyroid hormone and weakened in its absence (lit 444, pp 35, 36, 74a, 132, 145). The ultimately fatal cardiac toxicity of both epinephrine and norepinephrine is multiplied by the thyroid hormone and diminished by thyroid inactivation (320, 430, 441).

The metabolic corollary of the thyroid induced catecholamine potentiation consists of a marked enhancement of myocardial oxygen (5, 547), and a decrease of

while thyroidectomy --

169, 370, 373, 370, 514) are depressed but ATP *ase* does not seem to be altered (104). The lactate content of the heart muscle was found increased (16). The thyrotropic hormone of the pituitary elicits similar changes (515). It is worthy of note that physical exercise which increases the myocardial catecholamine content (275, 442) accentuates the thyroxin induced reduction of glycogen and ATP, and the accumulation of lactate in the heart muscle (513a). Taking all in all, the parallelisms of thyroid and catecholamine action on cardiac metabolism are so obvious that the role of epinephrine and norepinephrine as mediators of thyroid action appears hardly doubtful.

than norepinephrine in overriding the electrical phenomena elicited by acetylcholine. The more potent hypoxiating properties of epinephrine may possibly account for this difference because hypoxia per se inhibits vagal effectiveness to some extent (594).

9. Interference of Hormones and Vitamins in Neurohormonal Regulation of Cardiac Metabolism

a) Thyroid Hormone

Among the hormonal interferences which modify the neurohormonal effects on cardiac metabolism, outlined on pp 81-86 and 93-95, those caused by the thyroid hormone are the most important or, at least, the best understood.

At the outset, two not widely enough appreciated points must be emphatically stressed. One is the invalidity of the teleological textbook myth that the cardiac effects of thyroid overactivity are attributable to adjustments of heart action "in order to fulfill" the metabolic "demands" of the tissues of the body. This convenient but rather metaphysical superstition, although convincingly refuted by Rasmussen (466) and others (328, 474) who demonstrated the mutual independence of peripheral and direct cardiac effects of the thyroid hormone, still dominates clinical thinking and teaching.

The second point concerns a concept which has been propounded by the writer (444) for a long time and which was recently consolidated especially by Breuster (74, 74a) and others (277, 464), namely that the metabolic and, accordingly, functional effects of the thyroid hormone are elicited indirectly through potentiation of the intrinsic ubiquitous adreno-sympathetic catecholamines in the tissues, including the relatively large catecholamine deposits in the heart muscle. Therefore, the cardiovascular effects of the thyroid hormone are to be considered as mediated by the catecholamines and in principle identical with those of the latter.

Burn (91) and others (288, 544) have suggested that the thyroid hormone, by reducing tissue amine-oxidase, protects the catecholamines against enzymatic inactivation and thus enhances their specific effectiveness. The observation of an exaggerated deposition of injected epinephrine in the heart muscle of thyroid-treated animals (329) seems to be consistent with this view. Baag (22) noticed an epinephrine-protecting effect of thyroxin *in vitro*. However, other

catecholamines in the heart muscle after administration of desoxycorticosterone acetate (438). However, the interference of so-called mineralocorticoid and glucocorticoid actions in muscular and myocardial electrolyte balance (increase of intracellular Na^+ and decrease of K^+) (130, 246, 420, 478) and carbohydrate metabolism permits the assumption that myocardial neurohormonal effects can be modified by the adrenal corticoids. For instance, desoxycorticosterone per se, although leaving myocardial ATP-ase (399), glycogen and lactic acid unchanged, seems to prevent the epinephrine-induced glycogenolysis and accumulation of lactate (516), and to intensify the inotropic effect of epinephrine on the frog heart (463). Adrenal cortical extracts also sensitized the heart to epinephrine (20, 463, 467) and increased the contracting force of the frog heart (188, 189) but not of the mammalian heart (422). Cortisone did not seem to be the effective component (246).

Adrenalectomy leaves the myocardial catecholamine content unaltered (275) or slightly reduced (439). It is followed by a diminution of cardiac glycogen (78, 83, 223, 515) and an increase of intracellular K^+ (131, 579), whereas phosphocreatine (356, 515) and ATP (265, 416, 515) remain relatively unaffected. The adrenalectomy induced chemical abnormalities of the heart as well as the accompanying dynamic weakness of the myocardium (109) can be corrected by the administration of desoxycorticosterone and cortical extracts (110, 390, 515). Schramm (515) points out the differences between the pattern of the metabolic derangements of the heart in adrenal insufficiency and that in hypoadrenalism.

d) Gonadal Steroids

total
incre

e) Pituitary Hormones

rather
tratio
the c)
direct

and in hypophysectomy and of ACTH administration have to be considered in terms of secondary adreno-cortical and other endocrine functional responses. The effect of purified growth hormone on the heart may be regarded as more directly specific. It consisted chiefly of a marked augmentation of myocardial nor-epinephrine. No data on oxidative and intermediary cardiac metabolism are yet available.

The involvement of the cholinergic system in thyroid overactivity is much more problematic and difficult to evaluate because of the overwhelming adrenergic preponderance. The effectiveness of stimulation of the cardiac vagus was found reduced by pretreatment with thyroid hormone (10, 274, 312) while thyroidectomy intensified it (274). *Hoffmann et al.* (274) have shown that acetylcholine liberates epinephrine-like material from the heart muscle of thyroid-treated animals in excess, while the opposite occurs after thyroidectomy. Conversely, we (451) have observed in a preliminary series of experiments that the pro-acetylcholine stores of the rat heart are partially exhausted by both thyroxin and epinephrine, presumably due to exaggerated liberation and utilization of active acetylcholine. *Wise and Hoff* (583) observed an intensified response of thyrotoxic hearts to acetylcholine, and auricular fibrillation which is believed to be elicited by a "collision" of adrenergic and cholinergic effects (see p. 76). It can be provoked with abnormal ease in the thyrotoxic heart by administration of cholinergic drugs (407). A prolonged P-R interval in some thyrotoxic individuals was interpreted by *Allschule* (12) as suggesting vagal stimulation. Thus, a simultaneous increase of both adrenergic and cholinergic activities, but with the former over-shadowing the latter, may be suspected in the thyrotoxic heart.

b) Insulin

Investigation of the influence of insulin on cardiac metabolism was always hampered by the fact that overdosages of insulin elicit secondary discharges of epinephrine from the adrenal medulla (lit 444) and, accordingly, an increase of myocardial catecholamines (447), especially of epinephrine (275), which results in augmented myocardial oxygen consumption (117), loss of cardiac glycogen (lit 515) and various adrenergic functional manifestations of the heart (201, 238, 334, 503). The specific cardiac effects of insulin per se are believed to be rather of a cholinergic nature (201, 233) which may explain the myocardial oxidation-depressing and glycogen-accumulating actions of insulin, observed by some workers (37, 117, 233) in contrast to those referred to above.

Deficiencies in the myocardial utilization of carbohydrates (117, 161, 548), proteins and fat (548) have been observed in diabetes, but their cardiac functional implications are of minor significance (242). They are normalized by the administration of insulin (217).

c) Adrenal Corticoids

Nothing is known so far concerning a direct influence of the adrenal corticoids upon cardiac innervation and neurohormone formation in the heart, except for a slight increase of the total

behavior of the beriberi heart (acceleration, increased output [lit. 444, 446]) and its increased sensitivity to injected epinephrine (523, 565) seem to represent the functional expression of exaggerated catecholamine activity while in certain species and individual instances bradycardia prevails instead (lit. 444, 446), probably due to atypical preponderance of the simultaneously augmented cholinergic activity (see above). This is also suggested by certain electrocardiographic phenomena (lit. 444, 446), by the occurrence of auricular fibrillation (582), and by the paradoxical absence of an excessive myocardial oxygen consumption (240, 402, 522) which one would otherwise expect to result from the high catecholamine concentrations in the heart. The oxygen-wasting activity of the latter seems to be partly compensated by oxygen-sparing cholinergic counteraction (see p. 86). The severe preterminal stage, however, appears to be regularly ushered in by an ultimately hypoxiating cardio-toxic adrenergic preponderance (540).

Interesting analogies exist between the dynamic and metabolic characteristics of the thiamine-deficient and the thyrotoxic heart (see this section, a). Since there is no reason to assume a deficiency in alimentary thiamine intake, it is believed (419) that the abnormally high thiamine requirement of the oxygen-wasting thyrotoxic heart creates a relative rather than an absolute thiamine deficiency. The findings of a diminution of the blood thiamine level, of reduced thiamine excretion, and of a decreased pyruvic acid tolerance in

thyrotoxicosis from vitamin B₁ has also been considered as a possibility (364).

In summarizing, the cardiac manifestations of thiamine def

usually with prevalence of the former.

b) Alpha-Tocopherol

An injurious influence of vitamin E on the heart and structure is well known. The role of alpha

lated c
mpa

Pitressin influences the cardiac oxygen supply by way of its coronary constricting action (lit 444) but the resulting detrimental effects may be mitigated by oxygen sparing vagal counter regulatory responses via the peripheral pressoreceptors. These could be eliminated by vagotomy (lit 334)

f) *Parathyroid Hormone*

The hypercalcemic action of parathormone exerts characteristic effects on cardiac function and the Q-T interval (lit 444) but no investigations concerning specific myocardial metabolic alterations have yet been carried out. *Hypercalcemia-induced slowing* of the heart rate was ascribed to vagal stimulation since it could be prevented by atropine (271). On the other hand, the epinephrine sensitivity of the heart seems to be increased in hypoparathyroidism (165) which is also believed to be the cause of occasional sudden cardiac deaths (258).

g) *Thiamine*

Influences of thiamine on the metabolism of the normal heart are not known but *Unna* and *Pick* (549) described an inhibiting action of thiamine on the transmission of nervous impulses at the synapses and end plates. Accordingly, a lack of this action may explain the abnormal accumulation of catecholamines (218, 462) and of acetylcholine (48a, 369) in the heart muscle of thiamine-deficient animals. The excess catecholamines are promptly removable by administration of thiamine (462). Since there exists also some evidence of an increased adreno-medullary secretory activity in thiamine deficiency (496), the excess catecholamine deposits in the heart muscle may be of both local neurogenic and adreno-medullary origin. Degenerative changes which have been observed in the central and peripheral sections of the sympathetic and parasympathetic systems in thiamine deficiency (591) were suspected of contributing to the neurovegetative features of the beriberi syndrome but their specificity has been questioned (179).

Since thiamine diphosphate serves as cocarboxylase in the oxidation of pyruvic acid, a characteristic chemical derangement of the beriberi heart concerns the inadequate breaking down of pyruvate (419, 465). Part of the latter was found by some workers to be poured out into the coronary circulation (465). Others (240) failed to observe a significant arteriovenous difference in the coronary blood pyruvate concentration. The extraction of glucose and lactate from the blood appeared likewise inhibited (240). Both the deficient oxidation of myocardial pyruvate, and the accumulation of catecholamines in the heart muscle can be assumed to contribute to reductions of cardiac ATP in thiamine deficiency (103). The usual dynamic

accelerated by excessive treadmill exercise which promotes catecholamine discharges (see p 72, fig 3, 73) (511) Epinephrine was also found to alter the plasma lipid ratios (140b) and to augment the incorporation of radioactive phosphorus in the aortic tissue (140a) It is of interest that severe renal excretory insufficiency, which is always associated with an increase of the blood catecholamine concentration (see p 123), predisposes to the development of arteriosclerosis (542a)

Prolonged general hypoxia causes degenerative changes in the aortic wall (80), and it seems possible that catecholamine induced local hypoxia is prominently involved in the pathogenesis of lesions of the coronary arteries which, in combination with other factors (lipid metabolism, etc.), provide the basis for the development of full fledged coronary atherosclerosis with all its harmful myocardial implications Whether the apparent gradual increase of the arterial catecholamine content with advancing years (437a) contributes to the age distribution of coronary atherosclerosis would have to be further investigated

The phenomenon of *cardiac hypertrophy* is a complex metabolic one and not to be explained simply as a result of increased myocardial work against an abnormal mechanical resistance (see p 22) It is inseparably dependent on the presence in the body of the pituitary growth hormone (47, 195) The L -

of the

{387

cardiac adaptive processes (515), such as ventricular distention (Starling's law) and thyroid potentiated catecholamine action (lit 444) (49, 236), and by artificially induced hypoxia (550) Water and electrolyte content of the hypertrophic heart muscle is not necessarily abnormal (290), even though the alimentary intake of large amounts of sodium is a potent contributory factor in the development of cardiac hypertrophy (519)

Sympathectomy (235, 289), thyroidectomy (240) and

101) may be suspected of playing a part in catecholamine inactivation (see p 99,

10. Nervous and Neurohormonal Influences on Cardiac and Coronary Structure

The *structural integrity of the heart muscle* depends on its intrinsic metabolic normalcy and on the coronary flow. The latter, in turn, may be profoundly altered by structural lesions of the coronary vessels, in whose origin local metabolic factors are likewise involved.

Disseminated foci of hyaline degeneration, necroses and scarring of the myocardium have been frequently observed after injections of epinephrine (lit 444) and under conditions which are associated with discharges of norepinephrine and epinephrine, such as faradization (269), strenuous exercise (81, 164) and insulin overdosage (lit 444). Epinephrine-induced myocardial lesions are further markedly accentuated by the catecholamine-potentiating thyroid hormone (236). Prolonged treatment with acetylcholine, which, besides its direct "muscarinic" effect, stimulates adreno-sympathetic neurosecretion and thus increases the cardiac catecholamines (see p 70, 72, fig 3), was seen to produce analogous degenerative changes in the heart muscle (247, 263).

The finer mechanism by which the interference of catecholamines in heart metabolism damages myocardial tissue is not clearly understood but their intense hypoxia-producing and lactic acid-accumulating effect (see p 82, 85, fig 8, 94), possibly also losses of potassium (237a), may well constitute the decisive injurious factor.

Catecholamine-induced tissue hypoxia may equally affect the *walls of the coronary arteries*, predisposing them to the development of sclerosis and, thus, contributing in a vicious circle to further myocardial hypoxia. All arterial walls contain catecholamines which derive from their sympathetic nervous terminals and from the adrenal medulla (lit 444). Not only the well-known media necrosis but also thickenings of the intima are caused by injections of epinephrine (lit 444) and, to a lesser extent, of norepinephrine (185). These lesions are markedly aggravated by the thyroid hormone (418) which increases the oxygen consumption of arterial tissue (76, 307) like that of the myocardium (see p 99). The deposition of cholesterol in the intima is intensified by epinephrine (lit 444) and by nicotine (129). The latter stimulates the sympathetic ganglia (see p 108). Statistical evidence suggests an enhancement of coronary atherosclerosis by tobacco smoking (140, 250, 372, 492). In animals, the deposition of cholesterol in the coronary vessels appeared greatly

b) *Vagotropic Drugs*

Beside drugs which are chemically related to acetylcholine, such as acetyl beta-methyl-choline chloride (Mechoyl), and which mimic the effects of acetylcholine, we have to distinguish substances which are believed to stimulate the vagus directly, such as the veratrum alkaloids, and others which potentiate intrinsic acetylcholine action by inactivating cholinesterase

The *veratrum alkaloids*, by activating the Bezold-Jarisch reflex mechanism (see p 76) (293), elicit vagal cardiac deceleration, whereby the left ventricle is believed to be the chief receptor area (133), and a retardation of epicardial repolarization seems to occur (151) The influence of the veratrum alkaloids upon cardiac energy metabolism resembles that, exerted by the digitalis glycosides (382) (see below, f)) One of them, Veratramine, was found by Krayer (317) to counteract the chronotropic, but not the inotropic effects of epinephrine and of cardiac sympathetic stimulation ATP-ase activity was reduced by veratrine (398)

Physiologic
down of acetyl
(lit 219) Phy
strate in the h

Adrenergic may be mentioned among the vagotropic drugs insofar as it elicits a powerful cardiac vagal stimulation via the vascular pressoreceptors provided that it is administered as a "drug" into the blood circulation instead of its natural neurosecretory discharge into the heart muscle itself (see p 78 79)

c) *Vagolytic Drugs*

These are represented mainly by *atropine* It does not inactivate acetylcholine chemically (487), nor does it prevent its synthesis (354) It is rather believed to function through blockade of the cardiac acetylcholine receptors (487), probably via cell surface action (489) in a competitive manner (25, 26) It elevates the heart rate by permitting adrenergic preponderance The coronary bed is dilated accordingly (see p 77) (lit 506) Faradically induced auricular fibrillation in which acetylcholine action plays a significant role (see p 76, 81) can be prevented or abolished by atropine (93, 581) The underlying metabolic processes are still unexplored

Quinine compounds, especially quinine, may be mentioned in this group, as they inhibit the bradycardic effect of vagal stimulation and prevent or abolish auricular fibrillation They depress ATP-ase activity (490a) *Procaine* acts similarly by depressing myocardial excitability, but no definite relations to cholinergic activity have been established in this respect (lit 219 p 29)

11. Interference of Drugs in Neurohormonal Regulation of Cardiac Metabolism

In this section, several drugs will be discussed which interfere or may be assumed to interfere directly in the activities of the cardiac neurohormones, or which may modify the metabolic effects of the latter. Experimental work done in these fields is relatively scarce and quite fragmentary.

a) Sympatholytic Drugs

No evidence exists which would suggest a genuine "lytic", i.e. destructive action of any one of the drugs of this group on the sympathomimetic catecholamines. Three of the most potent ones (Dibenamine, Regitine, and benzodioxane) did not diminish the amounts or pharmacodynamic effectiveness of norepinephrine and epinephrine present in the heart muscle (450). In fact, Regitine and Dibenamine caused even an increase of myocardial norepinephrine, which may explain their cardio-acceleratory action (394, 410, 555, 593). Compared with their marked antagonistic effectiveness against the pressor activity of epinephrine and norepinephrine, their catecholamine-blocking influence on the heart (rate, output, electrocardiogram) is negligible (138, 244, 394, 410, 459, 557). This applies to catecholamine injections as well as to sympathetic stimulation. It holds true likewise concerning the ergot alkaloids and Priscol (lit. 410). Only in isolated hearts was benzodioxane found to exert a depressant influence and to reduce the inotropic effects of epinephrine and of sympathetic stimulation (368).

Since neither a destruction of the catecholamines nor an alteration of membrane

pective "receptors" seem to differ from those in other contractile tissues. It must be emphasized, however, that one manifestation of catecholamine toxicity, namely the hydrocarbon- (cyclopropane, etc.)-aggravated tendency toward arrhythmias, especially toward ventricular fibrillation (192), can be effectively counteracted by Dibenamine (305, 410).

The underlying metabolic and electrophysical mode of action of the sympatholytic drugs is unknown. Neither is the practically unlimited life-preserving effect of Dibenamine. The effect of Priscol and benzodioxane is not clearly understood. Hemodynamic phenomenon (411).

b) Vagotropic Drugs

Beside drugs which are chemically related to acetylcholine, such as acetyl beta methyl-choline chloride (Mecholyl), and which mimic the effects of acetylcholine, we have to distinguish substances which are believed to stimulate the vagus directly, such as the veratrum alkaloids, and others which potentiate intrinsic acetylcholine action by inactivating cholinesterase

The veratrum alkaloids, by activating the Bezold-Jarisch reflex mechanism (see p 76) (293), elicit vagal cardiac deceleration, whereby the left ventricle is believed to be the chief receptor area (133), and a retardation of epicardial repolarization seems to occur (151) The influence of the veratrum alkaloids upon cardiac energy metabolism resembles that, exerted by the digitalis glycosides (382) (see below, f)) One of them, Veratramine, was found by Krayer (317) to counteract the chronotropic, but not the inotropic effects of epinephrine and of cardiac sympathetic stimulation ATPase activity was reduced by veratrine (398)

Physostigmine (eserine) and diisopropyl fluorophosphate (DFP) inhibit cholinesterase activity, thereby increasing the concentration of acetylcholine at the receptor site. This leads to a prolonged and enhanced vagal effect, resulting in bradycardia and, in high doses, asystole. Physostigmine is used to reverse the effects of non-depolarizing neuromuscular blockers. DFP is highly toxic and irreversible.

c) Vagolytic Drugs

These are represented mainly by *atropine*. It does not inactivate acetylcholine chemically (487), nor does it prevent its synthesis (354) It is rather believed to function through blockade of the cardiac acetylcholine receptors (487), probably via cell surface action (489) in a competitive manner (25, 26) It elevates the heart rate by permitting adrenergic preponderance The coronary bed is dilated accordingly (see p 77) (lit 506) Faradically induced auricular fibrillation in which acetylcholine action plays a significant role (see p 76, 81) can be prevented or abolished by atropine (93, 581) The underlying metabolic processes are still unexplored

Quinine compounds, especially quinidine, may be considered as vagolytic. They have been shown to have a direct depressant effect on the heart, which is not antagonized by atropine. This effect is believed to be due to a direct action on the heart muscle, rather than to a blockade of cholinergic activity. Quinidine also has a marked effect on the conduction system of the heart, leading to prolongation of the QT interval and, in some cases, to torsades de pointes.

d) Ganglionic Stimulating Drugs

The ganglionic stimulating "nicotinic" properties of acetylcholine have been discussed on p 70. *Nicotine* itself exerts both stimulating and subsequent paralyzing effects on all autonomic ganglionic synapses, probably by influencing their responsiveness to locally liberated acetylcholine (219, p 29, 427). According to prevailing sympathetic or vagal stimulation or paralysis respectively, tachycardia or bradycardia develop and the coronary flow increases or decreases (lit 9). The effects depend largely on the dosage applied. An additional adrenergic component, acting on the heart, is due to liberation of epinephrine from the adrenal medulla (lit 9). It is to be anticipated that the alterations of myocardial metabolism which are evoked by nicotine, are identical with those, produced by catecholamine and acetylcholine action or inaction respectively (see I 6, 8). A hypothetical nicotine induced discharge of posterior pituitary hormone has been made responsible for signs of hypoxiating coronary artery constriction (lit 9).

e) Ganglionic Blocking Drugs

Tetraethylammonium chloride (TEA) and *methonium compounds* (pentamethonium and hexamethonium) cause general autonomic ganglionic blockade by elevating the threshold of the synaptic cell reactivity to acetylcholine, liberated there by preganglionic stimulation (5, 428). Here again, the cardiac reactions vary in accordance with pre existing sympathetic or vagal preponderance, provided that the respective stimuli are preganglionic in origin. Postganglionic stimuli are not affected. The coronary flow is secondarily involved by the peripherally hypotensive effects of these drugs (118). In normal hearts, the oxygen consumption was found unchanged by hexamethonium but cardiac work (efficiency) was diminished (118), whereas the failing human heart seems to respond in a different fashion (see p 126).

f) Myocardial Stimulating Drugs

The *xanthines* notably caffeine and the *theophylline compounds* act directly upon the myocardium causing an augmentation of the cardiac output (both heart rate and stroke volume) (I : 219), accompanied by increase of the cardiac oxygen uptake. Coronary flow is increased (I : 229) but not always in proportion to the augmented cardiac work and oxygen consumption (180).

The action of *sulthamide* (coramine) resembles that of theophylline in that it was found to increase coronary flow, cardiac output and oxygen consumption, however, with a diminution of oxidative energy efficiency (141).

By far the most important drugs with direct myocardial action are the *digitalis glycosides*. One of their characteristics is their relative ineffectiveness in metabolically normal, non failing hearts (lit. 419, 588) (8, 211, 381), except perhaps under physical strain (396). Since most of the studies concerning their dynamic and metabolic effects were therefore carried out on functionally insufficient heart muscles, the problem of their specific activity is closely interwoven with that of cardiac failure. Hence, it will be necessary in the following to anticipate consideration of certain features of heart failure which are to be discussed in greater detail on pp. 123-129.

The most outstanding and most regularly observed effect of the

409, 501, 455, 555, 589) total myocardial oxygen consumption of isolated hearts varied under the influence of digitalis (159, 173, 211, 232-494, 587). In the failing human heart in situ, no change of either the absolute oxygen consumption or coronary flow was elicited (52). The coronary flow responses of experimental hearts were inconclusive (229).

The behavior of myocardial glycogen under digitalis administration was likewise irregular (lit. 588) but the utilization of glucose seems to be increased (233), as also indicated by the respiratory quotient (150). Uptake and utilization of lactic acid were found augmented (383), resulting in a corresponding reduction of the acidity of the coronary venous blood (383). The mechanism by which the digitalis glycosides tend to normalise the

the high energy phosphate proportionate resynthesis of these high energy phosphate bonds. ATPase activity has been found to be intensified by digitalis glycosides (398). Some investigators (283-419) assume that they promote the polymerization of actin by facilitating the utilization of available phosphate bond energy. The

observation, made in some isolated perfused hearts (562) that strophanthine is capable of restoring reduced oxygen consumption as well as phosphocreatine and ATP-synthesis to normal, suggests that the process of aerobic energy formation may possibly also be enhanced to some extent by this particular glycoside, but altogether, the question as to whether interference of digitalis in the oxidative processes of the cardiac recovery phase constitutes a significant feature of its therapeutic effectiveness, is still a controversial one (419). Sarre (497) produced some clinical evidence for a difference in the types of modification of myocardial oxygen supply (coronary circulation?) by strophanthine on one hand, and by Digilanid on the other.

It is of interest that the digitalis glycosides proved more or less ineffective in heart failure which had been experimentally produced by anoxia (11 588), and in such conditions as thyrotoxicosis and thiamine deficiency with heart failure (174, 570), in which a catecholamine-induced myocardial hypoxic element seems to participate beside a deficiency of pyruvate oxidation. This is in accordance with the hypothesis that in those forms of heart failure, in energy for conversion into mechanical work, thus an essentially nonoxidative process, is disturbed (419, 588).

The electrolyte distribution in failing hearts (see p 125) was found to be influenced by therapeutic doses of the digitalis glycosides in that the latter tend to augment the potassium (70, 108, 243) and to diminish the sodium content (108) of the heart muscle.

Several similarities of digitalis action with the effects of cholinergic activity, especially the improvement of energetic efficiency, slowing of atrio-ventricular conduction and of the heart rate, have been considered as suggesting a central stimulation of the vagus (120, 315), or a potentiation of acetylcholine effects in the heart muscle (4, 202, 232), or an inactivation of cholinesterase (127). However, neither an increase of myocardial acetylcholine nor an inhibition of cholinesterase activity could be ascertained under the influence of strophanthine (322). The latter has even been suspected (221) of relieving esterase inhibition. Besides, certain features of (muscarinic) acetylcholine action, such as marked effectiveness on the normal heart, negative inotropic influence, definite reduction of oxygen consumption, absence of S-T depression, etc. distinguish it from digitalis effects.

... .. bed to the digitalis
... .. holamine-induced
... .. lative energy into
mechanical work, can be corrected by digitalis (see p 140, 147)

g) Coronary Dilating Drugs

It has been mentioned before (see p. 77) that coronary flow is determined largely, if not entirely, by the primary metabolic and

mind. This applies e.g. to the coronary dilatation induced by the xanthines (see p. 108) and probably likewise, at least partially, to the effect of the classical vasodilators, the nitrites (229), even though almost no attention has been paid so far to their possible direct interference in myocardial metabolism.

The stroke volume was found by some workers (71, 342, 566), but not by others (561), to be decreased by nitrites. The catecholamine-induced "hypoxic" changes of the electrocardiogram during exercise (491, 505), after injection of epinephrine or norepinephrine (457a) (fig. 17) and during (457a) could be abolished were confirmed by Eckstein

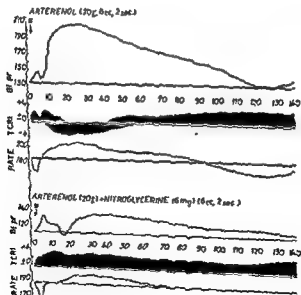


Fig. 19. Effect of the coronary dilating drugs on the

dog [146]) Moreover, since the cardiac accelerations, provoked by epinephrine or by cardiac sympathetic stimulation, were reduced or abolished by nitroglycerine (453, 457a), it appears probable that the nitrites act upon the myocardium itself, though in a still unknown fashion Oxygen saturation of the coronary venous blood was found augmented after administration of nitroglycerine (180), but the epinephrine induced exaggerated oxygen consumption by the heart muscle of dogs was not altered (146) (Oxidations [310] and ATPase activity in arterial tissue were diminished [97]) Epinephrine-induced dynamic reactions of the papillary muscle were not significantly changed by nitroglycerine (191), but the contracting effect of the catecholamines on aortic strips was abolished by nitrites (187) In any event, a thorough study of nitrite interference in myocardial metabolism appears desirable

Another potent "vasodilator", *Khellin* (18, 340) seems also to possess favorable cardio metabolic properties as a redox system (546)

II CLINICAL FEATURES

Inductive application of the principles, discussed in the preceding sections, to a variety of clinical cardiac syndromes makes it possible to reconcile certain inconsistencies of current mechanistic concepts and should facilitate both the understanding of pathogenic mechanisms and of rational therapeutic possibilities (tables 3, 4) even though vast areas of cardiac metabolic pathology are still awaiting exploration The bulk of the pertinent international clinical literature until 1953 is discussed and listed in the writer's book on "Hormonal and Neurogenic Cardiovascular Disorders" (444) and will not be quoted here in detail

1 Acute Adrenergic Effects

a) Angina Pectoris

The syndrome of *angina pectoris*, traditionally attributed to myocardial hypoxia due to coronary sclerosis (or "spasm") plus increased cardiac work occurs frequently without any increase of cardiac work and not infrequently in the absence of significant coronary sclerosis (lit 444, p 368-370) (443). The concept of a coronary spasm was construed as a convenient stop-gap hypothesis at a time when the phenomenon of metabolic, catecholamine-induced myocardial hypoxia was still unknown.

In most instances, anginal symptoms occur in situations which are connected with stimulation of the sympathetic system (exercise, emotions, exposure to cold temperature, overdosage of insulin, tobacco smoking) i.e. under conditions which are either known (see p 72, 73) or which may be expected to be accompanied by an influx of extra norepinephrine from the cardiac sympathetic nerves and/or epinephrine from the adrenal medulla into the avidly catecholamine absorbing heart muscle (fig 11). Exaggerated catecholamine discharges into the blood have been observed in angina patients during physical exercise (444, pp 378, 393), but it is obvious that the ease with which even normal amounts of oxygen wasting cate-



Fig 11 Alterations of the myocardium which cause anginal symptoms
case 3 Exposure to

1
2

J P Moes [451])

Moos [442] and H. Raab and

cholamines will elicit acute painful myocardial hypoxia will increase with the degree of coexisting coronary sclerosis, i.e. with decreasing ability of the coronary vessels to dilate and, thus, to fulfill their normal compensatory function (fig. 8). Though acute myocardial hypoxia (angina pectoris) may occur in an otherwise normal heart due to an absolutely excessive influx of catecholamines (e.g. in cases of pheochromocytoma, after injection of epinephrine, etc. [lit. 444, pp. 85, 365]), the presence of coronary sclerosis will, of course, create a most important aggravating predisposition for painful degrees of catecholamine-induced myocardial hypoxia (rapid exhaustion of diminished "coronary reserve" [509] [fig. 12]). The sensation of

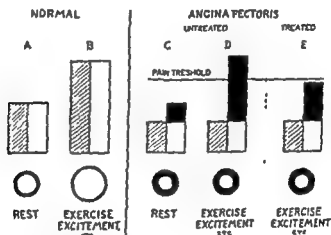


Fig. 12 Schematic Representation of the Pain-Producing Metabolic Mechanism of Angina Pectoris

Black areas: Magnitude of myocardial oxygen consumption, inadequately covered by coronary oxygen supply (coronary reserve insufficient)

Circles: Coronary caliber

A: No oxygen debt

B: Despite catecholamine-induced augmentation of oxygen consumption, no oxygen debt, because of sufficient coronary dilatation

C: Coronary stenosis at rest causes a minor, not painful degree of oxygen debt (or none at all)

D: Despite catecholamine-induced augmentation of oxygen consumption, no oxygen debt, because of sufficient coronary dilatation

E: Long range treatment (sympathectomy, X ray irradiation of autonomic ganglia, or thyroid therapy) reduces or inactivates hypoxiating catecholamines, thus depressing painful oxygen-wastage below pain threshold, unless coronary sclerosis is too far advanced

pain was ascribed by Sir *Thomas Lewis* (338) to the appearance of an hypothetical 'substance P' in the heart muscle. It is probably identical with acutely accumulating unoxidized acid metabolites, notably lactic acid (see p 94).

The argument that a coronary spastic factor in the anginal syndrome be indicated by the pain relieving effect of vasodilating drugs (nitrites, *Khellin*) disregards the probability of a direct influence of these drugs upon myocardial metabolism (see p 111, 112).

Nearly all successful forms of long range treatment of angina pectoris (lit 444, pp 388-414) (fig 12) are based (even if unknown to their proponents) on two basically related principles: 1. diminution of the influx of hypoxia producing catecholamines

Table 3

Modes of Action of Antiadrenergic Forms of Treatment and Prevention of Angina Pectoris and Congestive Failure

<i>Sympathectomy (cardiac)</i>	Stops direct influx of norepinephrine into myocardium
<i>Sympathectomy (thoraco-lumbar)</i>	Reduces general discharges of norepinephrine and epinephrine including those from adrenal medulla
<i>Ganglionic blockade (TEA, hexa methonium)</i>	Reduces general catecholamine discharges
<i>Röntgen irradiation of adrenal glands</i>	Reduces exaggerated catecholamine discharges from adrenal medulla
<i>Thyroid inactivation (surgery, thiourea, radio-iodine)</i>	Reduces hypoxiating effectiveness of catecholamines in the heart muscle
<i>Antitoxins</i>	Seem to counteract myocardial metabolites resulting from catecholamine induced cardiac hypoxia
<i>Thiamine</i>	Reduces cardiac catecholamines which had accumulated due to thiamine deficiency
<i>Carotid sinus massage</i>	Elicits acute myocardial oxygen preserving cholinergic preponderance
<i>Prolonged physical training</i>	Develops chronic efficiency improving oxygen preserving cholinergic preponderance
<i>Digitalis glucosides</i>	Counteract presumably catecholamine-induced impairment of cardiac energetic efficiency but not catecholamine induced myocardial hypoxia activation of acetylcholine questionable
<i>(Sympatholytic drugs)</i>	Ineffective on the heart [against intrinsic cardiac catecholamines] except temporarily in uremic hypercatecholemia)

into the heart muscle (cervico-thoracic sympathectomy stops the local neurosecretion of pain-eliciting efferent neurons, beside severing afferent pain-conveying fibers, roentgen-irradiation of the adrenal glands reduces adrenal medullary discharges), and 2 diminution of the hypoxiating metabolic effectiveness of the catecholamines which enter the heart muscle (thyroidectomy, thiourea compounds and radio-iodine eliminate the catecholamine-potentiating thyroid hormone [see p 98, 99]) The nitrites and Khellin may be suspected of antagonizing the pain-producing catecholamine effect in the heart muscle tissue itself (fig 10), beside dilating whichever portions of the sclerotic coronary system might have remained dilatable. In cases of far-advanced coronary sclerosis, the functional therapeutic methods are likely to fail, and surgical revascularization may offer better results (lit 444, p 388) (Table 3)

Sympatholytic drugs are usually ineffective because of their inability to inactivate the intramyocardial catecholamines (see p 106). Occasionally, immediate relief of pain can be achieved by manual pressure on the carotid sinus (337, 536, 558). It produces a vagal cholinergic, i.e. oxygen preserving (see p 86) effect on the heart metabolism, independently of cardiac dynamics (193, 231, 536), and directly counteracts the catechol induced painful hypoxia. Ganglionic blockade through hexamethonium and similar compounds was also found symptomatically effective (21, 339, 395), but antihypertensive drugs are apt to provoke anginal symptoms when the blood pressure falls too low for adequate coronary perfusion (299).

b) Myocardial Necrosis

Disseminated myocardial necroses like those elicited experimentally by the injection of epinephrine, or by excessive, cardiac catecholamine-augmenting exercise (lit 444, p 421), and by their hypoxiating action (see p 82-86), are frequently found in hearts whose vascular supply does not show any significant signs of impairment (lit 444, p 418). The lesions are located especially in the subendocardial layers and papillary muscles. It would be interesting to study the length and structure of the capillaries in these areas from the point of view that erythrocytes, travelling through the longest or systolically most compressed capillaries, are the most likely to be completely deprived of their available oxygen before having reached all the cells which line their path (fig 8).

c) *Complications of Myocardial Infarction*

Some myocardial infarctions occur as a result of an intramural hemorrhage in the sclerotic coronary artery wall which then bulges forth into the vascular lumen. It seems possible that these events are initiated by the sudden coronary dilatation which accompanies sympathetic cardiac stimulation (exercise, emotional excitement, etc [lit 444, pp 415-427]) and which may lead to a tearing open of the vulnerable giant capillaries within the sclerotic arterial intima. Sympathetic stimulation may also precipitate thrombus formation by dilating sections of the coronary vessels whose blood velocity slackens due to a rigid sclerotic narrowing of their lumen upstream from the dilated area. Blood stagnation in such a relaxed and poorly emptied vascular section may then lead to local coagulation.

Whatever the pathogenic mechanism which causes the individual attack of myocardial infarction may be, such accidents are often followed by indications of a profound functional involvement also of myocardial areas which were not directly affected: a sharp reduction of cardiac output (lit 444 p 423), arrhythmias and ultimately congestive failure. The first named phenomenon has been ascribed to a stimulation of the Bezold-Jarisch reflex mechanism (see p 60-70).

my
has
creased (45
augmented
cially infar
tachycardia and arrhythmias. The
latter could be suppressed by Dibenzylne and Reguine (252a, 253).
These workers consider an accumulation of catecholamines and of
liberated H^+ in the injured areas as responsible for the ectopic
rhythms. The above mentioned influence of catecholamines
p 99) on the clinical
an important efficiency
toxic role of the sympathogenic neurohormones in the general cardiac
complications of localized myocardial infarction.

Life-saving effects of intravenous infusions of norepinephrine and of similarly acting compounds in patients with cardiogenic shock (264-493) are achieved through

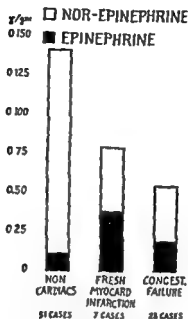


Fig 13 Norepinephrine (white) and epinephrine (black) content of human hearts (averages left ventricle) (after H Raab and H Giese [449])

the combination of peripheral vascular constriction which restores the blood pressure level and a pressoreceptor mediated secondary vagal action on the heart (see § 78) In severe prolonged shock their effectiveness has been greatly increased by combination with cortisone (358a) Epinephrine and atropine are contraindicated

d) Sudden 'Physiological' Death

Since World War II, relatively numerous instances of sudden unexpected death in apparently healthy young individuals have been described, in which autopsy did not reveal any significant morphological findings (lit 444, pp 428-435) In two instances, the catecholamine content of the heart was found increased (444, p 432) like in the hearts of experimental animals which had rapidly died after an injection of epinephrine (441)

Deaths from adrenalin overdosage have also occurred in humans and a fatal effect of accumulated adreno-sympathogenic catecholamines in the myocardium (acute ventricular insufficiency or fibrillation) seems a possibility in such cases The primary initiating mechanisms are unknown In some instances death was preceded by intense emotional excitement and/or physical stress (e g the messenger from Marathon a freshly captured lion which died trying to break out of its cage and whose autopsy findings were entirely negative [49a])

2. Subacute and Chronic Adrenergic Effects

a) Thyrotoxicosis

The heart in thyrotoxicosis (lit 444, pp 122-146) (see p 98) is constantly influenced by a state of exaggerated activation of its intrinsic catecholamine stores, even though their absolute quantity does not seem to be greatly increased (see p 99). Tachycardia, augmentation of stroke volume, and a tendency toward auricular fibrillation are the main functional characteristics of the thyrotoxic heart. The last named feature may be caused by a presumably participating cholinergic factor (see p 100). Angina pectoris, though not uncommon, does not occur as frequently as one might expect in a condition with intensified catecholamine activity and myocardial oxygen wastage (see p 99). This apparent inconsistency may be explained by the protective influence, exerted by the thyroid hormone against the formation of intimal cholesterol deposits, and a correspondingly low incidence of coronary atherosclerosis in thyrotoxic individuals.

Cardiac hypertrophy and degenerative lesions of the myocardium are frequently observed in thyrotoxic hearts (lit 444, p 140). They are probably attributable to the metabolic effects of exaggerated catecholamine action (see pp 104, 105 and 116). Ding's (51) report on a seemingly normal oxygen consumption per unit of estimated heart weight in one patient with thyrotoxicosis is at variance with experimental results (see p 99) and may not be representative of the syndrome.

Congestive heart failure of purely thyrotoxic origin (see p 126) is only rarely seen nowadays because of the usually successful early treatment with thyroidectomy, thiourea compounds or radio-iodine

serving
to precipitate congestive failure (341)

b) Beriberi

The beriberi heart (see p 102) in its classical oriental form (lit 444, pp 436-442) (446) resembles the thyrotoxic heart functionally regarding its usually accelerated rate, increased stroke volume, tendency toward arrhythmias and increased sensitivity to injected epinephrine. As discussed on pp 102 and 103, thiamine deficiency,

besides involving a lack of cocarboxylase which is needed for pyruvate oxidation, induces an absolute, potentially hypoxiating increase of the myocardial catecholamine content. In this respect, the beriberi heart differs from the thyrotoxic heart whose catechol stores are merely overactivated. However, a relative thiamine deficiency seems to exist also in the latter form of heart disease (see p 103). Both appear to have a certain degree of simultaneous cholinergic overactivity in common (see p 100, 103). This may become prominent enough in cases of thiamine deficiency to elicit bradycardia, a slowing of auriculo ventricular conduction, atrio ventricular block and auricular fibrillation (lit 444, p 437) (446). Congestive failure (see p 126) constitutes the terminal stage and it is of interest that evidence of a more or less pronounced thiamine deficiency has been obtained also in other, more common types of congestive heart failure (see p 128).

"Occidental beriberi" is a more complex syndrome of presumable multivitamin-deficiency. It occurs particularly in alcoholics (56, 565). Congestive failure develops earlier and does not yield as readily to thiamine therapy as in oriental beriberi (lit 444, p 440) (446).

c) "Hypertensive" Heart Disease

So called "hypertensive" heart disease (lit 444, pp 457-475) is characterized by hypertrophy of the left ventricle, electrocardiographic signs of myocardial hypoxia, dilatation, and ultimate congestive failure (see p 123). Its structural changes which do or do not include degenerative lesions and fibrosis of all degrees (255) cannot be ascribed solely to the frequently coexisting but often quite minimal (255, 392, 417, 435) sclerosis of the coronary arteries, nor to the high blood pressure level as a predominant and indispensable pathogenic factor. If and when left ventricular hypertrophy develops, a growing disproportion between muscular mass and capillary blood supply reduces the amount of oxygen available per individual enlarged myocardial cell (80, 237, 256, 477) (fig 8).

General sympathetic overactivity in the cardiovascular sphere, either absolute (due to emotional stimulating factors [512] or to cerebral arteriolar sclerotic ischemia [lit 444, pp 267-273]), or relative (due to failure of pressoreceptor mediated vagal counter-regulation [554]), is considered a prominent element in the pathogenesis of the "neurogenic" stage of essential hypertension (105,

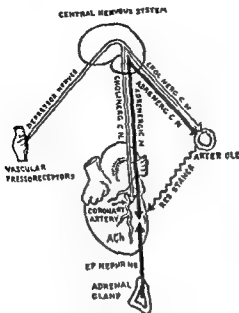


Fig 14 Neurohormonal influences in the pathogenic mechanism of hypertensive heart disease. Adrenergic preponderance in myocardial metabolism may result from a) increased central sympathetic stimulation (psychic, cerebral arteriolar sclerosis, ischemia, etc.) b) inadequate cholinergic counterregulation (deficient pressoreceptor reactivity [Isolhard 554] or possibly deficient acetylcholine formation in the heart itself).

444, 528-584) (fig 14). The analogies with the clinically often indistinguishable sustained type of hypertension, caused by phaeo-

consumption per unit of estimated myocardial weight in cases of uncomplicated essential hypertension (51) appeared significantly increased. (The accuracy of heart weight estimates *in vivo* remains problematic.) Blood catecholamine levels (lit 444, p 275) and urinary catechol excretion were usually found within normal limits by the majority of investigators (157, 205-414, 448), while others (89b-279-321) reported augmentations in the urine.

The lack of a clear cut proof of an abnormal intensity of adreno-sympathetic neurosecretion in uncomplicated essential hypertension does not rule out a relative predominance of catecholamine activity which might result from deficient vagal counter reflexes, as suggested

Certain dynamic, metabolic and electrocardiographic (501) differences exist between the spontaneously developing weakness of the isolated heart and the condition of the "failing" human heart muscle whose absolute mechanical weakness, although usually taken for granted, is not a clearly established fact for all forms of "congestive failure" (89). The more common types of so called "low output" failure in "hypertensive", "arteriosclerotic" and valvular heart disease differ significantly from the "high output" failure of thyrotoxicosis, beriberi, cor pulmonale, arterio-venous shunt, etc., and only in the terminal phases do their hemodynamic patterns seem to merge into the fatal stage of absolute myocardial dynamic weakness.

Little is known, so far, concerning the special intermediary metabolic characteristics of the different types mentioned, but the advent of coronary sinus catheterism has paved the way for study of these problems in the human heart in situ, and promises much valuable information. In patients with valvular or arteriosclerotic heart disease and congestive failure, the following important findings were obtained by *Bing and Goodale*: 1. Cardiac oxygen consumption per estimated weight unit of heart muscle was found normal (52) or increased (216) but the output was low, thus indicating that not energy production but the conversion of oxidative energy into mechanical work (i.e. efficiency) was significantly impaired (the same had been observed in experimental animal hearts [lit 588] [180a, 352]), 2. Extraction of glucose, lactate and pyruvate from the coronary blood, relative to arterial substrate levels, was essentially normal (50, 216) (Oxygen, glucose and lactate were utilized also in failing experimental hearts [67, 306, 490], and in these, the glycogen stores were found intact [553], unless the extrinsic oxygen supply had been reduced [67, 490]).

In failing blood-perfused hearts (heart lung preparations), the amount of ATP was unchanged, phosphocreatine was even increased (586), suggesting a deficiency in utilization rather than in synthesis of energy-rich phosphates. Insufficient oxygen supply, however, caused exhaustion of such phosphate bonds (lit 588).

The quantitative assay of these unstable compounds in the autopsied human heart is hampered by the lapse of time between death and analysis. Several American investigators determined, therefore, the amounts of creatine and phosphorus, and found them diminished in cases of congestive failure (113, 266, 343, 360, 403).

Adenine was likewise reduced (359). The conclusiveness of these findings as implying a loss of energy-rich phosphate bonds in the *in vivo* failing human heart has been questioned (588) but assumption of a preterminal state of severe cardiac hypoxia (see below) may explain their apparent inconsistency with the above mentioned findings in failing but not markedly hypoxic experimental hearts.

Abnormalities of electrolyte distribution observed in autopsied failing hearts concern a low K^+ content (108, 119, 257, 290, 360, 376) which is usually associated

with a low Na^+ content. This is never associated with congestive failure and total adrenalectomy has been found effective in abolishing the latter in cases of hypertensive heart disease (295, 583). The functional significance of the correlative induced myocardial electrolyte changes for cardiac dynamics remains problematic. K^+ , attached to phosphates, is involved in myocardial energy production (171, 542) and the intra-extracellular calcium gradient is believed to determine cellular contractility (see p. 91).

Reactivation of the anoxia-depressed heart muscle by reduction of the surrounding Na^+ concentration (376) seems consistent with this view and is perhaps explanatory of the therapeutic benefits obtained from dietary sodium restriction apart of the effect of such a regimen on the circulatory volume (11, 444, p. 507).

A quantitative reduction of contractile proteins (actomyosin) was reported in experimentally failing hearts of dogs (42).

Almost no attention has been paid so far to the question of abnormal nervous and neurohormonal influences as possible causal factors in the origin of the above-discussed metabolic features of cardiac failure. Yet, the specific efficiency impairing, potentially hypervitiating properties of the adreno-sympathogenic catecholamines, and the role of acetylcholine as an antagonistic, efficiency improving agent and as a chemical link in the process of cardiac muscular contraction, stand out as fundamentally important phenomena which determine the metabolic state of the heart. It seems hardly imaginable that prolonged disturbances of the adreno-ergic cholinergic equilibrium in the heart should leave myocardial energy utilization and function intact.

Is there any evidence of cardiac "neurovegetative" disturbances in clinical cases of congestive heart failure? The technical approach to the investigation of this question is blocked by great difficulties and, as matters stand today, most of our reasoning has to be based on indirect clues and will have to involve a good deal of speculation which, however, is supported by extensive experimental and clinical observations.

been mentioned above, may interfere, in view of existing evidence that acetylcholine "sensitizes" the mammalian heart muscle to inotropic dynamic catecholamine action (375), and that in those types of heart disease in which both adrenergic and cholinergic activity seem to be increased (thyrotoxicosis, beriberi; see below) the cardiac output is actually greater than normal.

Systematic investigation of the mutually compensating adrenergic-cholinergic cardiac mechanisms and of the reasons for the apparent disturbance of their equilibrium in so many human hearts (see p. 126, 133) seems one of the most urgent requirements of future cardiological research.

More attention will also have to be paid to the metabolic differences of the individual heart chambers as compared with each other under normal and pathological conditions. Discrepancies in efficiency of the left vs. the right ventricle, are likely to constitute a basic factor in the establishment of congestive manifestations in the periphery (fig. 16). If individual ventricular metabolism curves could ever be worked out to supplement the families of dynamic ventricular function curves, as determined by *Sarnoff and Berglund* (495a), this would provide a far better insight into the fundamental phenomena of congestive heart failure than attainable with present-day techniques.

It will be recalled that in certain forms of "high output" failure (thyrotoxicosis, thiamine deficiency) (fig. 16), both adrenergic and cholinergic overactivity seem to coexist, though usually with marked preponderance of the former (pp. 119, 120). In these instances, the mechanism of congestive failure differs from that e.g. in "hypertensive", arteriosclerotic and valvular heart disease, in that a lack of co-carboxylase interferes in energy formation (beside the catechol-induced impairment of energy utilization). In other, more common types of congestive failure, a secondary thiamine deficiency may participate as a subsidiary pathogenic element (lit. 446) but without assuming such prominent significance as in beriberi and thyrotoxicosis.

The digitalis glycosides whose principal action concerns the economical conversion of oxidative energy into mechanical work

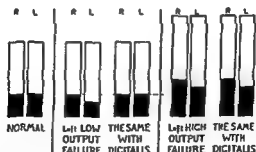


Fig. 16 Hypothetical relations between oxygen consumption (white) and work (cardiac output) (black) of right and left ventricle (R L) in the normal heart, in "low output" congestive failure, and in "high output" congestive failure. Digitalis restores efficiency in the former (e.g. in "hypertensive" heart disease) but not in the latter (e.g. in thyrotoxicosis, beriberi).

rather than the correction of abnormalities in energy formation (see p 109, 110) are relatively ineffective in the two last named types of cardiac failure (588) (fig 16) and also in the terminal, probably catecholamine hypoxia induced, breakdown phase of cardiac activity. The therapeutic effects of digitalis seem to take place at or near the level of efficiency-impairing (not yet hypoxiating) processes by which the catecholamines disturb the economical conversion of energy into mechanical work, that is, in the assimilation of phosphate bond energy by the contractile actomyosin fibrils. The apparent normalizing effect of digitalis on the distorted electrolyte distribution in the failing human heart (108) may play a part in this same non-oxidative process.

g.c.p. (p. 110) are less prominently involved than e.g. in hypertensive heart disease.

One interesting aspect of congestive heart failure is the usual disappearance of preceding attacks of anginal pain coincident with its onset. Reduction of physical exercise under such circumstances does not seem to be the only cause of this phenomenon as it is also observed in persons who had suffered from angina decubitus. The metabolic peculiarities of the failing heart may in some way prevent the perception of pain. Instead sudden episodes of catecholamine influx become now more likely to evoke acute cardiac asthma and pulmonary edema than symptoms of angina.

f) Energetic-Dynamic Cardiac Insufficiency

'Energetic dynamic cardiac insufficiency' is a term, coined by R. Heggin (261), referring to states of myocardial weakness which are not or not necessarily accompanied by congestive failure, and as the clinical criterion of which Heggin described a time dissociation of the dynamically effective mechanical systole, identified by the graphically recorded second heart sound (closure of semilunar valves) on the one hand, and of the electrical systole, identified by the end of the T wave, on the other. In cases of presumable metabolic damage of the entire myocardium, the mechanical systole is abnormally shortened. A simultaneous abnormal prolongation of Q-T, causing an interval of 0.04 seconds or more between the second heart sound and the end of the T wave, is considered pathognomonic for "energetic dynamic insufficiency".

Significantly, this phenomenon is only rarely observed in cases of "hemodynamic cardiac insufficiency" (congestive heart failure).

Leaning on *McMichael's* (380) concept that the syndrome of congestive heart failure is caused not so much by a primary disturbance of cardiac contractility as by reflectory veno-motor regulatory mechanisms outside of the heart, *Heggin* (261) assumes that, e.g. in cases of hypertension or valvular disease with congestive failure, "the myocardial fibers are adequately handling their abnormal work load", and that the pooling of blood in the pre cardiac venous system is essentially the result of extracardiac veno-motor mechanisms.

The fact that congestive failure develops, as a rule, in conditions which affect the different chambers of the heart in unequal degrees may account for an unequal distribution of their metabolic efficiency as an important factor in the phenomenon of "congestion". By contrast, the criteria of "energetic-dynamic" insufficiency are commonly seen in general metabolic disturbances under which all parts of the heart muscle suffer equally, such as hypopotassemia, Addison's disease, diabetic coma, infections, anemias, porphyria, etc., and also, according to *Heggin* (261), in thyrotoxicosis and in the terminal stage of hypertensive heart disease when cardiac "fatigue" has set in. Since epinephrine shortens the mechanical systole (196, 573) and since the signs of "energetic-dynamic insufficiency" are also elicited by myocardial hypoxia (261), the above-mentioned observations in terminal hypertensive heart disease and thyrotoxicosis seem consistent with the assumption of catecholamine-induced myocardial hypoxia (pp. 119, 120). *Heggin* (262) stresses losses of ATP as an essential factor causing hypoxic myocardial weakness, whereas in other ("toxic") disturbances of heart metabolism, a deficiency of ATP-ase activity is thought to be prevalent.

McMichael's and *Heggin's* concepts offer the advantage of calling attention to the often overlooked fact that an actual absolute weakness of the heart muscle is by no means proven for all forms of congestive "heart failure", especially not for the "high output" types and the chronic forms before they have reached the terminal, presumably hypoxic stage which is refractory even to digitalis. Impairment of energetic efficiency in terms of oxygen consumed, a feature which the catecholamine-treated and the heart in congestive failure have in common, is not necessarily identical with reduced absolute dynamic "efficacy" (301). *Burch* (89) goes so far as to say "It has not been proved that the syndrome" (of congestive failure) "cannot develop as a result of cardiac disease without mechanical failure of the heart as a pump". Catecholamine-induced impairment of energetic efficiency may be considered hypothetically as one important and common type of such metabolic "cardiac disease" but much more work will be needed to definitely establish this concept.

3. Acute and Chronic Cholinergic Activity

a) Carotid Sinus Syndrome and Other Syncope

Acute exaggerated cholinergic effects on the heart, causing bradycardia, partial or complete block of atrio-ventricular conduction, and even cardiac standstill, occur in the so-called carotid sinus syndrome. It can be elicited by local anatomical or functional anomalies of the carotid sinus, involving overexcitability of the pressoreceptor reflex mechanism, or by abnormal conditions in the central synapses, or by an abnormal reactivity of the cardiac conductive apparatus (lit 444, p 334). The attacks are usually of short duration and detrimental to the myocardium only in case an accompanying fall of the blood pressure or prolonged cardiac standstill interferes with coronary blood supply.

So-called vaso-vagal syncope and other forms of syncope (lit 355) in which a fall of blood pressure and cholinergic slowing of the heart rate participate are essentially of peripheral reflexory or central nervous origin and do not constitute problems of primary metabolic derangements of the heart. Their secondary effects on coronary flow and oxygen supply resemble those of the carotid sinus syndrome.

b) Athlete's Heart

The term "athlete's heart" will be used in the following to designate the physiological characteristics which distinguish the hearts of persons who had undergone prolonged systematic muscular training, from the average individual in our modern non-muscular civilization. They have been studied most extensively by *H. Randall* (472).

The outstanding peculiarities of the hearts of athletes, especially of those engaged in endurance sports (marathon runners, long-distance swimmers, etc.) —

1. *Cardiac hypertrophy* —
2. *Increased stroke volume* —
3. *Increased cardiac output* —
4. *Increased heart rate* —
5. *Increased heart rate deceleration after exercise*,
6. *Absence of hypoxic alterations of S-T and T even under extreme stress*,
7. *Often slow atrioventricular conduction*,
8. *Small stroke volume at rest but great augmentation of the stroke volume during exercise*.
In many instances the radiographic size of the heart was found markedly enlarged (lit 444) but capable of vigorous contraction to near normal dimensions during exercise (39, 472) and during reduction of venous refilling by means of the Valsalva maneuver (472). This latter phenomenon distinguishes the athlete's heart

sharply from the flabby dilated myocardium in advanced "hypertensive" or arteriosclerotic heart disease which has completely lost the ability to contract to normal size. The dilatation of the athlete's heart is not accompanied by any congestive manifestations. It has been designated as "tonogenic" (313, 596), "nonorganic" (575) or "regulatory" (470, 472), and is not to be considered as a sign of weakness but rather as one of exceptional adaptability.

All the above enumerated features of the fully-developed athlete's heart can be attributed to a state of powerful vagal (cholinergic) preponderance. Even the phenomenon of "tonogenic" dilatation has been ascribed by *Reindell* (472) to a postulated "negative tonotropic" vagal influence (472) which may be somehow related to the relaxation promoting ("Weichmacher") (559) effect of ATP.

Very little work has been devoted so far to the influence of muscular training on cardiac metabolism. Only *Schumann* (513b) determined glycogen, phosphocreatine and ATP in the hearts of untrained and treadmill-trained rats. The catecholamine-induced (see p 94, 95) marked reduction of these substances, demonstrable in the heart muscle after a short period of severe exercise, was significantly less pronounced in trained animals after a similar degree of exercise. No hearts of athletes have yet been examined regarding their metabolic condition but total oxygen consumption and lactate accumulation in the blood were found relatively low in athletes after exercise (391). The capillary network of athletes' hearts was reported as being particularly richly developed (434). Significant structural abnormalities were found only rarely, even in markedly enlarged hearts of deceased athletes (472).

In summary, there can hardly remain any doubt that the systematically trained endurance athlete owes his remarkable cardiac prowess, his, as it were, super normalcy, to a highly developed cholinergic preponderance. Whether this is due to augmented acetylcholine discharges at the cardiac vagal nerve terminals, or to a greater availability of pro acetylcholine stores in the myocardium, or to more efficient enzymatic actions in acetylcholine metabolism will have to be clarified.

One cannot but be impressed with the striking contrast between the cholinergic cardiac features of the trained athlete on the one hand and the indications of adrenergic heart failure on the other. The latter is characterized by a marked dilatation of the heart, which has also been seen in hypertensive individuals (396). It is suggested that the possibility that

the resistance of high blood pressure levels per se may, under certain circumstances, serve as a "training" mechanism for the heart.

c) *The Busy Loafer's Heart*

The busiest, the most harassed and most responsibility-laden representative of modern society, the general medical practitioner, is also one of the most common cardiac victims of our civilization of motorized "busy loafers", which is taking us further and further away from the neurovegetative pattern of our naturally "trained", agile, mammoth hunting, problem less and fearless forefathers. A few contemporary athletic muscle men succeed in reconstructing a partial semblance of their ancestors' actomyosinic abilities, but only at the expense of constant systematic effort. Any interruption of their training will rapidly destroy what has been gained over long periods (471). The rest of us must be reconciled to await our cardiac demise as penalty for a lifetime spent pushing buttons, turning knobs and worrying inbetween, all suited to let our cholinergic mechanisms fall asleep and instead to stir up the unopposed catecholamines. New, more or less scientific designations have already been proposed for this predicament of ours, such as "hypokinesia" (316), "motorosis" (592) and others, but "busy loafer's heart", even though unflattering, may be sufficiently descriptive.

The example of the trained athlete shows what can be done about it but no one should expect definite results from but a few months of sportive endeavors (311). Excessive exercise with-

... accumulation reaches a critical maximum which may cause sudden death (437b). In animals, both coronary atherosclerosis (511) and myocardial necroses (80, 164) have been elicited by enforced acute over-exertion. Statistical evidence (43, 393) suggests that individuals, engaged in occupations which involve a greater measure of moderate but steady muscular activity are less prone to succumb to degenerative heart disease, presumably because a long cultivated "cholinergic tone" of their muscular-mental or the intrinsic parasympathetic health, the sympathetic system, to potentially catastrophic overactivity.

Table 4

Role of Neurohormones in Cardiac Pathology

Clinical Condition	Quantity of Catecholamines		Increased Adrenergic Activity (Efficiency Impairing Hypoanating)	Increased Cholinergic Activity	Predisposing and Aggravating Factors
	In Blood	In Heart Muscle			
Angina Pectoris	Usually increased during exertion	Increased (non-eps and eps)*	+	0	Coronary sclerosis (facultative) Acute sympathetic stimuli
Myocardial Necroses (Disseminated)	?	Increased (non-eps and eps)*	+	0	Coronary sclerosis (facultative) Card hypertrophy (facultative)
Post Infarction Arrhythmias and Card Failure	?	Increased (eps)	+	0	Coronary sclerosis
Sudden «Physiological» Death	?	Increased†	+	0	Coronary sclerosis (facultative)
«Hypertensive Type of Heart Disease	Normal (except in pheochromocytoma and uremia)	Probably normal until terminal congest failure† (see below)	0 or +	0	Hypertension (facultative) Card hypertrophy (facultative) Cor sclerosis (facultative)
Uremic Heart Disease	Increased	Increased†	+	0	Renal excretory failure Card hypertrophy (facultative) Cor sclerosis (facultative)
Terminal Congestive Failure	?	Increased (eps)	+	0	Coronary sclerosis (facultative) Card hypertrophy (facultative)
Thyrotoxic Heart Disease	Normal	Normal or slightly increased*	+	+	Thyrotoxic over activation of catecholamines
Beriberi Heart Disease	Increased*	Increased*	+	+	Thiamine deficiency
Athlete's Heart	?	?	0	+	Physical training

* Concluded from animal experimentation

† Concluded from human autopsy observations and animal experiments

Dr Paul D White, in a prophetic essay, entitled "Heart Disease - a World Problem" (569) stated 15 years ago that "if our present generation used its intelligence and its legs more and its alarm clocks and its stomach less, we might have fewer cases of coronary disease"

III SUMMARY

a) Physio-Pathological Features

All direct sympathetic and vagal nervous influences upon the heart are mediated by the local liberation of norepinephrine and acetylcholine, respectively. Besides, certain amounts of both catecholamines and acetylcholine seem to be formed in the myocardium itself, independently of nervous action, and are always present there. Circulating catecholamines from the adrenal medulla (epinephrine, norepinephrine) and from vascular sympathetic nerve terminals (norepinephrine) are eagerly absorbed and stored by the heart muscle. Locally formed acetylcholine seems to constitute an essential link in the chemical process of myocardial muscular contraction.

The neurohormones regulate the energy metabolism of the heart insofar as the quantity of oxygen consumed during the cardiac recovery phase is augmented by the catecholamines, and reduced by acetylcholine. Energetic efficiency (percentual conversion of oxidative energy into mechanical work, probably through reaction between ATP and actomyosin) is reduced by the catecholamines and augmented by acetylcholine. The interplay and mutual equilibrium of the adrenergic and cholinergic neurohormones determines the degree of cardiac energetic efficiency.

Excessive catecholamine action, by greatly intensifying myocardial oxygen consumption, may lead to a state of oxygen deficit, which is not only due to the increased oxygen demand, but also to the decreased oxygen supply.

and/or if cholinergic oxidation tails (e.g. due to sclerosis) are present. In such instances, the energy formation (glycogenolysis, etc.) is called upon. However, these are self limited both because of want of substrate and because of the

injurious accumulation of non-oxidized lactic acid. The phosphocreatine and ATP content of the myocardium drops, dynamic insufficiency sets in and, if life is salvaged, structural lesions (degeneration, necrosis) result.

The metabolic effects of the catecholamines are potentiated by the thyroid hormone, and probably also by adrenal corticoids. The latter act presumably via their influence on intra extracellular electrolyte distribution (the "cationic gradient") - Thiamine deficiency (beside its interference in the oxidation of pyruvate) promotes an accumulation of catecholamines in the myocardium - Sympathectomy diminishes the cardiac catecholamines. The "sympatholytic" drugs do not influence them significantly - Digitalis glucosides act upon deficient anaerobic energy utilization by restoring it toward normal, but they do not seem to overcome hypoxic or enzymatic disturbances of aerobic energy formation - Nitrites, beside dilating the coronary vessels, seem to correct some intermediary metabolic phase, resulting from catecholamine-induced myocardial hypoxia - The presumable mode of action of some other drugs is briefly discussed as far as the present state of knowledge permits.

The efficiency-impairing, potentially hypoxiating properties of the adreno-sympathogenic catecholamines predestine them to play a dominant role in the pathogenesis of various functional and degenerative diseases of the heart, whereby coexisting coronary sclerosis and/or cardiac hypertrophy serve as important, though not obligatory, predisposing and aggravating factors (The development of coronary sclerosis and of cardiac hypertrophy themselves seem to be enhanced by local metabolic catecholamine action.) Where an absolute overproduction or overactivation of adrenergic catecholamines is not demonstrable or unlikely, an inadequacy of cholinergic counteraction may be considered as permitting a relative adrenergic preponderance and resulting impairment of efficiency.

b) Clinical Features

Acute painful myocardial hypoxia (*angina pectoris*) is precipitated by the sudden influx of neurogenic norepinephrine and of epinephrine from the adrenal medulla, into the heart muscle, especially if compensatory coronary dilatation fails because of sclerotic non dilatability. Particularly intensive or prolonged episodes of this kind cause disseminated hypoxic myocardial necroses and may be acutely fatal. Rational etiologial therapy consists of a) elimi-

injurious accumulation of non-oxidized lactic acid. The phosphocreatine and ATP content of the myocardium drops, dynamic insufficiency sets in and, if life is salvaged, structural lesions (degeneration, necrosis) result.

The metabolic effects of the catecholamines are potentiated by the thyroid hormone, and probably also by adrenal corticoids. The latter act presumably via their influence on intra-extracellular electrolyte distribution (the "cationic gradient") - Thiamine deficiency (beside its interference in the oxidation of pyruvate) promotes an accumulation of catecholamines in the myocardium - Sympathectomy diminishes the cardiac catecholamines. The "sympatholytic" drugs do not influence them significantly - Digitalis glucosides act upon deficient anaerobic energy utilization by restoring it toward normal, but they do not seem to overcome hypoxic or enzymatic disturbances of aerobic energy formation - Nitrites, beside dilating the coronary vessels, seem to correct some intermediary metabolic phase, resulting from catecholamine induced myocardial hypoxia - The presumable mode of action of some other drugs is briefly discussed as far as the present state of knowledge permits.

The efficiency-impairing, potentially hypoxiating properties of the adreno-sympathogenic catecholamines predestine them to play a dominant role in the pathogenesis of various functional and degenerative diseases of the heart, whereby coexisting coronary sclerosis and/or cardiac hypertrophy serve as important, though not obligatory, predisposing and aggravating factors (The development of coronary sclerosis and of cardiac hypertrophy themselves seem to be enhanced by local metabolic catecholamine action) Where an absolute overproduction or overactivation of adrenergic catecholamines is not demonstrable or unlikely, an inadequacy of cholinergic counteraction may be considered as permitting a relative adrenergic preponderance and resulting impairment of efficiency.

b) Clinical Features

Acute painful myocardial hypoxia (*angina pectoris*) is precipitated by the sudden influx of neurogenic norepinephrine and of epinephrine from the adrenal medulla, into the heart muscle, especially if compensatory coronary dilatation fails because of sclerotic non-dilatability. Particularly intensive or prolonged episodes of this kind cause disseminated hypoxic myocardial necroses and may be acutely fatal. Rational etiological therapy consists of a) elimi-

absence of structural anomalies of the coronary vessels or/and the cardiac valves, this suggests an unevenly distributed preponderance of efficiency-impairing adrenergic activity over efficiency-preserving cholinergic counteraction. In the terminal stages, catecholamine-induced hypoxia (aggravated by coronary sclerosis, and/or cardiac hypertrophy) may supervene and lead to absolute dynamic weakness of the heart. Sympathectomy and ganglionic blocking agents are often therapeutically effective. Vagal stimulation (carotid sinus pressure) can stop pulmonary edema. Digitalis restores energetic efficiency as long as severe hypoxia has not set in. At the time of death, the cardiac epinephrine content is usually increased and energy-rich phosphate bonds seem to be depleted.

Acute vagal overstimulations of various types (*carotid sinus syndrome, vaso vagal syncope, etc.*) affect myocardial metabolism adversely only through hypotension- or asystole induced impairment of cardiac blood supply.

The heart of highly trained endurance athletes displays the criteria of powerful cholinergic preponderance, even occasional marked cardiac enlargements are not an indication of failure but rather of extraordinary dynamic adaptability. These hearts illustrate strikingly the advantages of cholinergic preponderance, acquired by constant physical training. They put added emphasis on the presumable causes of the mass degeneration of our hyper-adrenergic, hypo-cholinergic "busy loafers' hearts", the ever increasing victims of gadget-worshipping, muscle-pampering but mentally harassing Western civilization.

Without an intensified study and broad recognition of the fundamental role of neurovegetative metabolic influences in the origin of functional and degenerative forms of heart disease, no decisive progress in the understanding and prevention of these ominous conditions can be expected.

References

- 1 Abdon, N O, and N E Boylun *Acta pharm tox.*, Kbb 1, 162, 1945
- 2 *Id* *ibid* 2, 247, 1946
- 3 Abdon, N O, and S O Hammarhjöld *Acta physiol scand* 8, 75, 1944
- 4 Abdon, N O, S O Hammarhjöld and A A Nielsen *Skand Arch Physiol* 78, 8, 1938
- 5 Acheson H H, and G K Mac J *Pharmacol* 84, 189, 1945
- 6 Agnoli, R, e D Busa *Circul Carcol* 23, 2, 1939
- 7 Ahlgren, G *Skand Arch Physiol Suppl* 47, 1925
- 8 Ahmed S, R J S Boylun, W A Briscoe and J McMichael *Clin Sci* 9, 1, 1950
- 9 von Ahn B *Acta med scand Suppl* 1954
- 10 Alderton, P *Arch Ital Biol* 65, 63, 1916
- 11 Alella A, F L Williams, C Bolens-Williams and L N Katz *Fed Proc* 1411, 2, 1955
- 12 Alishula, M *New Engl J Med* 233, 265, 1945
- 13 Alzamora Castro, V, G Bahilana G Garrido-Lecce, C Rubio R Albugattas and J Boironde J *Amer med. Ass* 157, 226, 1955
- 14 Amann, A, und A Jaruch *Arch exp Path Pharmacol* 201, 46, 1943
- 15 Andrus, E C *Amer Heart J* 8, 66, 1932
- 16 Andrus, E C, D McEachern, W A Prizung and S Herman *J clin Invest* 9, 16, 1930
- 17 Anrep, G V *Stanf Univ Publ, med Sci* 3, 199, 1936
- 18 Anrep G V, M R Kenney and G S Bergum *Amer Heart J* 37, 531, 1949
- 19 *Am J Physiol* 135, 207, 1941
- 20
- 21
- 22
- 23
- 24
- 25
- 26
- 27
- 28 Ballin R, and L N Katz *Amer J Physiol* 135 207 1941
- 29 *Am J Physiol* 135, 207, 1941
- 30
- 31
- 32
- 33
- 34
- 35 *Boyer*
- 36 *Boyer*
- 37 Boylun, L, E A Muller and E H Starling *J Physiol* 65, 33 1928
- 38 Beattie J, G H Brown and C N H Long *Proc. roy Soc B* 106, 253, 1930
- 39 Beckner, G L, and T Winsor *Circulation* 9, 835, 1954
- 39a Bellet, S, and J I Brady *Proc. Amer Heart Ass., New Orleans, Oct 1955, p 12*
(Circulation 1955)
- 40 Bendall, J R *J Physiol* 114, 71, 1951
- 41 Benton, E S *Circul Res* 3, 221, 1955
- 42 Benton, W M., and W J Mack *Amer J Physiol* 158, 327, 1949
- 43 Benton, J G, and H A Risk *Ann intern Med* 47, 910, 1954
- 44 Berg H *Arch exp Path Pharmacol* 185, 359, 1937

absence of structural anomalies of the coronary vessels or/and the cardiac valves, this suggests an unevenly distributed preponderance of efficiency-impairing adrenergic activity over efficiency-preserving cholinergic counteraction. In the terminal stages, catecholamine-induced hypoxia (aggravated by coronary sclerosis, and/or cardiac hypertrophy) may supervene and lead to absolute dynamic weakness of the heart. Sympathectomy and ganglionic blocking agents are often therapeutically effective. Vagal stimulation (carotid sinus pressure) can stop pulmonary edema. Digitalis restores energetic efficiency as long as severe hypoxia has not set in. At the time of death, the cardiac epinephrine content is usually increased and energy rich phosphate bonds seem to be depleted.

Acute vagal overstimulations of various types (*carotid sinus syndrome, vaso vagal syncope, etc*) affect myocardial metabolism adversely only through hypotension- or asystole induced impairment of cardiac blood supply.

The heart of highly-trained endurance athletes displays the criteria of powerful cholinergic preponderance, even occasional marked cardiac enlargements are not an indication of failure but rather of extraordinary dynamic adaptability. These hearts illustrate strikingly the advantages of cholinergic preponderance, acquired by constant physical training. They put added emphasis on the presumable causes of the mass degeneration of our hyper-adrenergic, hypo cholinergic "*busy loafers' hearts*", the ever increasing victims of gadget worshipping, muscle pampering but mentally harassing Western civilization.

Without an intensified study and broad recognition of the fundamental role of neurovegetative metabolic influences in the origin of functional and degenerative forms of heart disease, no decisive progress in the understanding and prevention of these ominous conditions can be expected.

- 86 *Id* *ibid* 108, 508, 1949
 87 *Id* *ibid* 108, 508, 1949
 88 *Id* *ibid* 108, 508, 1949
 89 *Id* *ibid* 108, 508, 1949
 89b Burn, G P *Brit med J* 1953, 697
 90 Burn J H *Proc roy Soc B* 137, 281, 1950
 91 *Id* *Brit. med J* 1953, 784
 92 *Id* *Lancet* 1953, 1161
 93 Burn, J H, & M Laughlin Williams and J M Walker *Z. Physiol* 128, 277, 1955
 94 Burn J H quoted by H Revelle, E Schilder, H Klopzig and H W Kirchhoff (470)
 95 Burns, W, and E W H Ormishank *J Physiol* 91, 314, 1937
 96 Cannon, W B, and K Lusk *Amer J Physiol* 125, 765, 1939
 97 Corr, C J, J C Krentz, Jr, and H C Bryant. *Proc. Fed Amer Soc. exp Biol* 10, 285 1951
 98 Chang J *Quart J exp Physiol* 26, 285 1937
 99 *Id* *ibid* 27, 113, 1937, 29, 3, 1938
 100 Chapman, E M, D Kinney, W P Chapman and R H Smitherick *J Amer med Ass* 137, 579, 1948
 101 Chapman, W P, H Schroeder, G Geer, M A B Brazier, C Fager, J L Poffen,
 102 *Id* *ibid* 137, 579, 1948
 103 *Id* *ibid* 137, 579, 1948
 104 *Id* *ibid* 137, 579, 1948
 105 Czerda, V H *Arch int Pharmacodyn* 90, 285, 1952
 106 *Id* *ibid* 90, 285, 1952
 107 *Id* *ibid* 90, 285, 1952
 108 *Id* *ibid* 90, 285, 1952
 109 Clegg, R A, C W J Armstrong, D C Austin and C A McFiear *Amer J Physiol* 132 542, 1941
 110 Cleghorn R A, A P H Clark and H F Greenwood *Endocrinology* 32, 170, 1943
 111 Collins D A *Amer J Physiol* 116, 616, 1936
 112 Corr C F, E E Fisher and G T Corr *Amer J Physiol* 114, 53, 1935
 113 Cowan, D W *Amer Heart J* 9, 378, 1934
 114 *Id* *Amer J Physiol* 109 615, 1935
 115 Cruckshank, E W H *J Physiol* 47, 1, 1913
 116 Cruckshank F H H and H H H
 117 Cruckshank
 118 Crumpton, C
 119 Cullen, G E
 120 Cuthby A
 121 Dale D and G R. Mines *J Physiol* 46, 319, 1913
 122 Dale H H *J Physiol* 80, 10, 1934
 123 Dale H H, W Feldberg and M Logt *J Physiol* 86, 353 1936
 124 Danilopolu H *Arch Kreislaufforsch* 12, 149, 1943
 125 *Id* *ibid* 13, 393, 1944
 126 *Id* *Dtsch med Wschr* 1944, 214
 127 *Id* *Cardiologia* 12, 66, 1947
 128 Danilopolu D, et O Omer *Presse méd* 53 57, 1945
 129 Danisch, F *Beitr path Anat* 79, 333, 1928
 130 Darrow D C *Proc. Soc exp Biol, N Y* 53, 13, 1944
 131 Darrow, D C, H E Harrison and M Zeffel *J biol Chem.* 130, 487, 1939

The Meta-

- 44a *Bettinger, J C, B Surawicz, J W Bryfogle, B H Anderson, Jr and S Bellet* Proc Amer Heart Ass, New Orleans, Oct 1955, p 12 (Circulation 1955)
- 45 *Bezndk, A B L.* J Physiol 82, 129, 1934
- 46 *Id* *ibid* 115, 237, 1951
- 47 *Id* *ibid* 116, 74, 1952
- 48 *Id* *ibid* 124, 44, 1954
- 48a *Id* Personal communication
- 49 *Bezndk, M,* und *J Haydu* Schweiz med Wschr 76, 390, 1946
- 49a *Biedl, A* Personal communication
- 50 *Bing, R J* Proc Amer Coll Cardiol, New York, May 19, 1955
- 51 *Bing, R J, M M Hammond, J C Handelsman, S R Powers, F C Spencer, J E Eckenhoff, W T Goodale, J H Hafkenschuel and S S Kety* Amer Heart J 38, 1, 1949
- 52 *Bing J R, F H Maravist, J F Dammann, Jr, A Draper, Jr, R Heumbecker, R Daley, R Gerard and P Calazel* Circulation 2, 513, 1950
- 53 *Bing, R J, M S Siegel, J Ungar and M Gilbert* Amer J Med 16, 504, 1954
- 54 *Biorck, G* Scand J clin Lab Invest 2, 242, 1950
- 55 *Bischoff, C, W Grab und J Kapfhammer* Z physiol Chem 207, 57, 1932
- 56 *Blankenhorn, M A* Circulation 11, 288, 1955
- 57 *Blix, G* Skand Arch Physiol 56, 131, 1929
- 58 *Bloomfield, R A, B Rapoport, J P Milnor, W K Long, J G Mebane and L B Ellis* J clin Invest 27, 588, 1948
- 59 *Blumberger, K* Dtsch med Wschr 74, 167, 1949
- 60 *Blumenfeld, S, K T Schoeffeler and R J Zullo* Amer Heart J 41, 319, 1951
- 61 *Blumgart, H L, A Stone Freedberg and G S Kurland* J Amer med Ass 157, 1, 1955
- 62 *Bodansky, M* J biol Chem 109, 615, 1935
- 63 *Bodansky, O* Ann N Y Acad Sci 47, 521, 1946
- 64 *Bohnenkamp, H* Z Biol 84, 79, 1926
- 65 *Id* Verh med physikal Ges Wurzburg 52, 113, 1927
- 66 *Bohnenkamp, H,* und *O Eichler* Pflugers Arch ges Physiol 212, 707, 1926
- 67 *Bogue, J Y, J Chang and R A Gregory* Quart J exp Physiol 27, 319, 1938
- 68 *Bogue, J Y, C L Evans and R A Gregory* Quart J exp Physiol 27, 213, 1937
- 69 *Id* *ibid* 29, 83, 1939
- 70 *Boyer, P K,* and *C A Poindexter* Amer Heart J 20, 586 1940
- 71 *Brandt, J L, A Caccese and W Dock* Amer J Med 12, 650 1952
- 72 *Brauner, F, F Brucke and F Katndl* Wien klin Wschr 61, Nr 42, 1949
- 73 *Brecht, K,* und *M Corsten* Pflugers Arch ges Physiol 245, 160 1942
- 74 *Brewster, W D* J Biol Chem 198, 1, 1954
- 74a *Brewster, W* Amer Heart Ass, New York
- 75 *Bridges, W C, A L Johnson, R H Smithwick and P D White* J Amer med Ass 131, 1476, 1946
- 76 *Briggs, F N, S Chernuck and J L Chaskoff* J biol Chem 179, 103, 1949
- ✓ 77 *Briscoe, S,* and *J H Burn* J Physiol 126, 181, 1954
- 78 *Britton, S W, H C Silletto and R F Kline* Amer J Physiol 122, 446, 1938
- 79 *Brouha, L S J C Awaak and D B Dill* J Physiol 95, 454, 1939
- 80 *Buchner, F* Luftfahrtmedizin 6 281, 1942
- 81 *Buchner, F,* und *W v Lucadou* Beitr path Anat 93, 169, 1934
- 82 *Buchthal, F,* and *G Kahlson* Acta physiol scand 8 325, 1944
- 83 *Buell, M V, M B Strauss and E C Andrus* J biol Chem 98, 645, 1932
- 84 *Bulbring E* Brit J Pharm 4, 235, 1949
- 85 *Bulbring, E,* and *J H Burn* J Physiol 100, 337, 1941

- 86 *Id* *ibid.* 108, 508, 1949
- 87 *Id* Quoted by K E Rothschuh, *Klin Wochr* 32, 1, 1954
- 88 Burch, R. R. *Circulation* 11, 271, 1955
- 89 Burch, G. E., and C. T. Ray *Amer Heart J* 41, 918, 1951
- 89a. Burgen, A. S. V., and K. G. Terroux *J Physiol* 120, 449, 1953
- 89b. Burn, J. P. *Brit med J* 1953, 697
- 90 Burn, J. H. *Proc roy Soc B.* 137, 281, 1950
- 91 *Id* *Brit. med J* 1952, 784
- 92 *Id* *Lancet* 1953, 1161
- 93 Burn, J. H., I. M. Laughlin Williams and J. M. Haller *Z. Physiol* 128, 277, 1955
- 94 Burn, J. H. quoted by H. Reudell, E. Schildge, H. Kleping and H. W. Kirchhoff (470)
- 95 Burns, W., and E. W. H. Crickshaw *J Physiol* 91, 314, 1937
- 96 Cannon, W. B., and K. Lusk *Amer J Physiol* 125, 765, 1939
- 97 Carr, C. J., J. C. Krantz, Jr., and H. C. Bryant *Proc. Fed Amer Soc exp Biol* 10, 285, 1951
- 98 Chang, J. *Quart J exp Physiol* 26, 285, 1937
- 99 *Id* *ibid* 27, 113, 1937, 28, 3, 1938
- 100 Chapman, E. M., D. Kurey, W. P. Chapman and R. H. Smitheruck *J Amer med Ass* 137, 379, 1948
- 101 *Chatham* = 10³ D. 22 *Chatham* = 10³ D. 22, 1951
- 102
- 103
- 104
- 105 Cuervo, J. H. *Arch int Pharmacodyn* 90, 285, 1952
- 106 Clark, A. J., M. G. Eggleston, P. Eggleston, R. Goddard and C. P. Stewart *The Metabolism of the Frog's Heart*. Oliver & Boyd, Edinburgh 1938
- 107 Clark, A., and A. C. White *J Physiol* 68, 406, 1930
- 108 Clarke, N. E., and R. E. Mosher *Circulation* 5, 907, 1952
- 109 Clephane, R. A., G. W. J. Armstrong, D. C. Austin and G. A. McFicar *Amer J Physiol* 137, 542, 1941
- 110 Clephane, R. A., G. W. J. Armstrong, D. C. Austin and G. A. McFicar, 1943
- 111 *Col*
- 112 *Col*
- 113 *Col*
- 114 *Id* *Amer J Physiol* 102, 615, 1935
- 115 Crickshaw, E. W. H. *J Physiol* 47, 1, 1913
- 116 Crickshaw, E. W. H., and H. W. Kesteven, *J Physiol* 99, 208, 1941
- 117 Crickshaw, E. W. H., and H. W. Kesteven, 1941
- 118 Crumpton, C. W., G. W. R.
- 119 Cullen, C. P. 10³ D. 22
- 120 Cushman
- 121 Dale,
- 122 Dale,
- 123 Dale, H. H., W. Feldberg and M. Vogt *J Physiol* 86, 353, 1936
- 124 Danilewopolu, D. *Arch Kreisforsch* 12, 149, 1943
- 125 *Id* *ibid* 13, 393, 1944
- 126 *Id* *Dtsch med Wochr* 1944, 214
- 127 *Id* *Cardiologia* 11, 66, 1947
- 128 Danilewopolu, D., et O. Crist. *Presse méd* 53, 57, 1945
- 129 Danisch, F. *Beitr path Anat*, 79, 333, 1928
- 130 Darroze, H. C. *Proc. Soc exp Biol, N Y* 35, 13, 1944
- 131 Darroze, D. C., H. E. Harrison and M. Toffel *J Biol Chem* 130, 487, 1939

- 132 Davis, J E, E DeCosta and A B Hastings Amer J Physiol 110, 190, 1934
- 133 Daves, G S J Pharmacol 89, 325, 1947
- 134 Defauw, J C R Soc Biol, Paris 105, 228, 1930
- 135 De Grandpre, R, and W Raab Circul Res 1, 345, 1953
- 136 Delaunois, A L, et C Vandenberghen Arch int Pharmacodyn 99, 435, 1954
- 137 Del Zoppo, R Rass Ter pat clin 7, 347, 1935
- 138 DeVleeschhouwer, G Proc Soc exp Biol, N Y 66, 151, 1947
- 139 Dock, W, and G K Lewis J Physiol 74, 401, 1932
- 140 Dolgoff, S, R Schreck, G P Ballard and L A Baker Angiology 3, 323, 1952
- 140a Dury, A, and N R di Luzio Amer J Physiol 182, 45, 1955
- 140b Dury, A, and L D Moss J Gerontol 9, 287, 1954
- 141 Eckenhoff, J E, and J H Hofkenschuel J Pharmacol 91, 362, 1947
- 142 Eckenhoff, J H Hofkenschuel, C M Landmesser and M Harmel Amer J Physiol 148, 582, 1947
- 143 Eckey, P Arch Kreisforsch 5, 1, 1939
- 144 Eckstein, R W Personal communication
- 145 Eckstein, R W quoted by D E Gregg (229)
- 146 Eckstein, R W, W B Neuberry, J A McEachern and G Smith Circulation 4, 534, 1951
- 147 Eckstein, R W, M Stroud, C V Douling and W H Pritchard Amer J Physiol 162, 266, 1950
- 148 Eckstein, R W, M Stroud, R Eckel, C V Douling and W H Pritchard Amer J Physiol 163, 539, 1950
- 149 Echholtz, F Dusch med J 5, 405, 1954
- 150 Eismayer, G, und H Quincke Arch exp Path Pharmacol 150, 308, 1930
- 151 Elek, S R, J D McLaw and G C Griffith Circulation 7, 903, 1953
- 151a Ellestad, M H, and W H Olson Proc Amer Heart Ass, New Orleans, Oct 1955, p 35 (Circulation 1955)
- 152 Engelhardt and Lyubimova Nature 144, 688, 1939 (quoted by R Hegelin Schweiz med Wochr 82, 47, 1211, 1952)
- 153 ■ Euler, U S Acta physiol scand 12, 73, 1946
- 154 Id J Physiol 105, 38, 1946
- 155 Id Ergebn Physiol 46, 261, 1950
- 156a ■ Euler, U S, and S Hellner Bjorkman Acta physiol scand 33, Suppl 118, p 17, 1955
- 156b Id ibid 33, Suppl 118, p 21, 1955
- 157 ■ Euler, U S, S Hellner and A Purkhold Scand J clin Lab Invest 6, 54, 1954
- 158 Evans, C L J Physiol 51, 91, 1917
- 159 Evans, C L Edinburgh med J 46, 733, 1939
- 160 Evans, C L, A C DeGraff, T Kosaka, K Mackenzie, G E Murphy, T Lasek, D H Williams and F G Young J Physiol 80, 21, 1934
- 161 Evans, C L, and F Grande Quart J exp Physiol 24, 365, 1934/35
- 162 Evans, C L, and S Ogawa J Physiol 47, 446, 1914
- 163 Evans, G J Physiol 82, 468, 1934
- 164 Eyster, J A E J Amer med Ass 91, 1881, 1928
- 165 Falta, W, und F Kahn Z klin Med 74, 108, 1912
- 166 Feldberg, W Arch exp Path Pharmac 212, 64, 1950
- 167 Id Acta neuroveg 4, 249, 1952
- 168 Feldberg, W, and J H Gaddum J Physiol 81, 305, 1934
- 169 Fieschi, A Z ges exp Med 86, 387, 398, 1933
- 170 Fieschi, A, e M Gavazzoni Riv Pat sperim 9, 17, 1932
- 171 Finch, C A, and J F Marchand Amer J med Sci 206, 507, 1943
- 172 Fingl, E, L A Woodbury and H H Hecht J Pharmacol 104, 103, 1952

- 132 Davis, J E, E DeCosta and A B Hastings *Amer J Physiol* 110, 190, 1934
- 133 Dawes, G S *J Pharmacol* 89, 325, 1947
- 134 Defain, J C *R Soc Biol, Paris* 105, 228, 1930
- 135 De Grandpré, R, and W Raab *Circul Res* 1, 345, 1953
- 136 Delamours, A L, et C Vandenberghe *Arch int Pharmacodyn* 99, 435, 1954
- 137 Del Zoppo, R *Rass Ter pat clin* 7, 347, 1935
- 138 DeVleeschouwer, G *Proc Soc exp Biol, N Y* 66, 151, 1947
- 139 Dock, W, and G K Lewis *J Physiol* 74, 401, 1932
- 140 Dock, W, and G K Lewis *J Physiol* 74, 401, 1932
- 141 Eckenhoff, J E, and J H Hafkenschel *J Pharmacol* 91, 362, 1947
- 142 Eckenhoff, J H Hafkenschel, C M Landmesser and M Harmel *Amer J Physiol* 148, 582, 1947
- 143 Eckey, P *Arch Kreisforsch* 5, 1, 1939
- 144 Eckstein, R W *Personal communication*
- 145 Eckstein, R W, quoted by D E Gregg (229)
- 146 Eckstein, R W, W B Newberry, J A McEachern and G Smith *Circulation* 4, 534, 1951
- 147 Eckstein, R W, M Stroud, C V Dowling and W H Pritchard *Amer J Physiol* 162, 266, 1950
- 148 Eckstein, R W, M Stroud, R Eckel, C V Dowling and W H Pritchard *Amer J Physiol* 163, 539, 1950
- 149 Eichholtz, F *Disch med J* 5, 405, 1954
- 150 Eumayer, G, und H Quacke *Arch exp Path Pharmacol* 150, 308, 1930
- 151 Elek, S R, J D McNair and G C Griffith *Circulation* 7, 903, 1953
- 151a Ellestad, M H, and W H Olson *Proc Amer Heart Ass, New Orleans, Oct 1955*, p 35 (*Circulation* 1955)
- 152 Engelhardt and Lyubimova *Nature* 144, 688, 1939 (quoted by R Hegglin *Schweiz med Wschr* 82, 47, 1211, 1952)
- 153 v Euler, U S *Acta physiol scand* 12, 73, 1946
- 154 Id *J Physiol* 105, 38, 1946
- 155 Id *Ergebn Physiol* 46, 261, 1950
- 156a v Euler, U S, and S Hellner-Björkman *Acta physiol scand* 33, Suppl 118, p 17, 1955
- 156b Id *ibid* 33, Suppl 118, p 21, 1955
- 157 v Euler, U S, S Hellner and A Parkhold *Scand J clin Lab Invest* 6, 54, 1954
- 158 Evans, C L *J Physiol* 51, 91, 1917
- 159 Evans, C L *Edinburgh med J* 46, 733, 1939
- 160 Evans, C L, A C DeGraff, T Kosaka, K Mackenzie, G E Murphy, T Vack, D H Williams and F G Young *J Physiol* 80, 21, 1934
- 161 Evans, C L, and F Grande *Quart J exp Physiol* 24, 365, 1934/35
- 162 Evans, C L, and S Ogawa *J Physiol* 47, 446, 1914
- 163 Evans, G *J Physiol* 82, 468, 1934
- 164 Eyster, J A E *J Amer med Ass* 91, 1881, 1928
- 165 Falia, W, und F Kahn *Z klin Med* 74, 108, 1912
- 166 Feldberg, W *Arch exp Path Pharmacol* 212, 64, 1950
- 167 Id *Acta neuroveg* 4, 249, 1952
- 168 Feldberg, W, and J H Gaddum *J Physiol* 81, 305, 1934
- 169 Fieschi, A *Z ges exp Med* 86, 387, 398, 1933
- 170 Fieschi, A, = M Cavazzani *Riv Pat sperim* 9, 17, 1932
- 171 Finch, C A, and J F Marchand *Amer J med Sci* 206, 507, 1943
- 172 Fingl, E, L A Woodbury and H H Hecht *J Pharmacol* 104, 103, 1952

- 213 Gollwitzer-Meier, K I, und E Witzler Pflugers Arch ges Physiol 255, 469, 1952
- 214 Goodale, W T, and D B Hackel Fed Proc 8, 58, 1949
- 215 Goodale, W T, and D B Hackel Circul Res 1, 509, 1953
- 216 Goodale, W T, R E Olson and D B Hackel Fed Proc Amer Soc exp Biol 9, 49, 1950
- 217 Id XIX int physiol Congr, Montreal 1953, p 400
- 218 Goodall, McCh Acta physiol scand 24, Suppl 85, 1951
- 219 Goodman, L S, and A Gilman The Pharmacological Basis of Therapeutics, 2nd ed McMillan, New York 1955
- 220 Gottdenker, F, und G de Marchi Klin Wschr 16, 1282, 1937
- 221 Gover, W M, W A Freyburger, A J Gibbons, B G Houss and E Smits Amer Heart J 45, 122, 1953
- 222 Gover, W M, N Taux and M E Greis J Pharmacol 83, 373, 1946
- 223 Grauer, H, und R Hegglin Cardiologia 11, 1, 1946
- 224 Green, D E Biochem J 30, 2095, 1936
- 225 Id Science 115, 661, 1952
- 226 Green, D E, and D Ruchter Biochem J 31, 596, 1937
- 227 Greenberg, R, and C B Lambeth Amer J Physiol 169, 369, 1952
- 228 Id Fed Proc 11, 58, 1952
- 229 Gregg, D E Coronary Circulation in Health and Disease Lea and Febiger, Philadelphia 1950
- 230 Gremels, H Arch exp Path Pharmacol 169, 689, 1933
- 231 Id ibid 182, 1, 1936
- 232 Id ibid 186, 625, 1937
- 233 Id ibid 194, 629, 1940
- 234 Gremels, H, and F Zinnitz Arch exp Path Pharmacol 188, 79, 1937/38
- 235 Grimson, K S, E S Orgain and B Anderson 22nd Session, Amer Heart Ass June 1949
- 236 Gross, H, and S S Greenberg Amer Heart J 27, 186, 1944
- 237 Gross, N, and C Spark Amer Heart J 14, 160, 1937
- 237a Grundner Culemann, A Arch KreisForsch 18, 185, 1952
- 238 Gruel, A Z KreisForsch 33, 137, 1941
- 239 Haberlandt, L Das Herzshormon G Fischer, Jena 1930
- 240 Hackel, D B, W T Goodale and J Kleinerman Amer Heart J 46, 883, 1953
- 241 Hackel, D B, J Kleinerman and W T Goodale Fed Proc 12, 59 1953
- 242 Hadorn, W Arch KreisForsch 2, 1, 1937
- 243 Hagen, P J Pharmacol 67, 50, 1939
- 245 Hajdu, S Amer J Physiol 174, 371, 1953
- 246 Hajdu, S, and A Szent Gyorgyi Amer J Physiol 168, 159, 1952
- 247 Hall, G E Ann intern Med 12, 907, 1939
- 248 Hamblin, D O, and J F Marchand Ann intern Med 36, 50, 1952
- 249 Hammett, F S Amer J Anat 32, 75, 1923
- 250 Hammond, E C, and D Horn J Amer med Ass 155 1316, 1954
- 251 Harey, H F, and A J Landgren Amer J Physiol 145, 177, 1945
- 252 Hdris, P Biochem Z 38, 23, 1912
- 252a Harris, A S, and A Bistens Amer J Physiol 181, 559, 1955
- 253 Harris, A S, A Bistens, R A Russell, J C Brigham and J E Firestone Science 119, 200, 1954
- 254 Harris, A S, A Estandia and R F Tillotson Amer J Physiol 165, 505, 1951
- 255 Harrison, C V, and P Wood Brit Heart J 11, 205, 1949
- 256 Harrison, T R, R Ashman and R M Larson Arch intern Med 49, 151, 1932
- 257 Harrison, T R, C Pilcher and G Ewing J clin Invest 8, 325 1930
- 258 Harley, M, and J L Lienthal, Jr Bull Johns Hopk Hosp 71, 163, 1942

- 350 *Id* *ibid* 271, 278, 1934
- 351 Lombardi, T A, L. Rose, M Taeschler, S. Tully and R J Bing *Circulation* 7, 71, 1953
- 351a Loomis, T A, and S Krep *Circul Res* 3, 590 1955
- 352 Lorber, V *Circul Res* 1, 298 1953
- 353 Lüsér, O *Pflügers Arch ges. Physiol* 189, 239, 1921, 237, 304, 1936
- 354 Lüsér, O, und E Larrañe *Pflügers Arch. ges. Physiol* 206, 123, 1924
- 355 Lundholm, L. *Acta physiol scand* 21, 195, 1950
- 356 Lundsgaard, E *Biochem Z.* 233 322, 1931
- 357 Luscher, E *Z Biol* 52, 255, 1970
- 358 Lusk, G, and J A Riche *Arch. intern. Med* 13, 673, 1914
- 358a Manchester, B *Proc. Amer Heart Ass*, New Orleans, Oct 1955, p 79 (*Circulation* 1955)
- 358b Manger, W M, J L Bellman, K G Wakon, J E Berkson, E J Balder and G M Roth *Proc Amer Heart Ass*, New Orleans, Oct 1955, p 80 (*Circulation* 1955)
- 359 Marangon, O H and V C Marangon *Arch. intern. Med* 111, 111, 1931
- 360 Marangon, G *Arch. intern. Med* 111, 111, 1931
- 361 March, J B *Arch. intern. Med* 111, 111, 1931
- 362 Marguich, H *Arch. intern. Med* 111, 111, 1931
- 363 Marguich, H *Arch. intern. Med* 111, 111, 1931
- 364 Markee, S *Arch. intern. Med* 111, 111, 1931
- 365 Markee, S *Arch. intern. Med* 111, 111, 1931
- 366 Markee, S *Arch. intern. Med* 111, 111, 1931
- 367 Markee, S *Arch. intern. Med* 111, 111, 1931
- 368 Markee, S *Arch. intern. Med* 111, 111, 1931
- 369 *Id.* *ibid.* 198, 661, 1941
- 370 Mattonet, C *Z. ges exp Med.* 90, 237, 1933
- 371 Mazur, A, and O Bodansky *J biol Chem* 163, 261, 1946.
- 372 McCormick, H J *L'union med du Canada*, sept. 1945
- 373 McDonald, C H, W L. Shepard, M F Green and A F DeGroot *Amer J Physiol* 112 227, 1935
- 374 McDowell, R J S *J Physiol* 104, 392, 1946
- 375 *Id.* *ibid* 106, 1, 1947
- 376 McDowell, R J S, and A F Zayat *Proc. 2nd World Congr Cardiol* p 102, 1954
- 377 McGrady D A, and A T Miller *Amer J Physiol* 103, 712, 1933
- 378 Melnikash, F C. *J Physiol* 99, 436, 1941
- 379 Melnikash, F C. *J Physiol* 99, 436, 1941
- 380 Melnikash, F C. *J Physiol* 99, 436, 1941
- 381 Melnikash, F C. *J Physiol* 99, 436, 1941
- 382 Mellerowicz, H *Travaux de la Commission de la Santé, Frankfurt a.M* 1952, p 73 ff
- 383 Melnikash, F C *Bull Ekspier Biol Med* 13, 47, 1942 (Russian)
- 384 Melville, K J, J Mazurkiewicz and B Korol *Fed. Proc* 14/1, 309, 1955
- 385 Mencl, S *Čas. Lék. čes* p 201, 1943
- 386 Meredith, H C, Jr., and J R Beckwith *Amer Heart J* 39, 604, 1950
- 387 V Metler, A *Arch Kreislaufforsch* 18, 359 1957
- 388 Mühela *Arch. intern. Med* 111, 111, 1931
- 389 Mue *Arch. intern. Med* 111, 111, 1931
- 389a Mue *Physiol. Rev* 26, 383, 1946
- 389b Mue *Topic in Molecular Phy-*
- 390 Mue *Helv physiol pharmacol Acta* 1, 115, 1943

- 439 *Id* *Exp Med Surg* 1, 188, 1943
- 440 *Id* *J Lab clin Med* 29, 715, 1944
- 441 *Id* *J Pharmacol* 82, 330, 1944
- 442 *Id* *Ann intern Med* 28, 1010, 1948
- 443 *Id.* *Cardiologia* 22, 291, 1953
- 444 *Id* *Hormonal and Neurogenic Cardiovascular Disorders* Williams and Wilkins, Baltimore 1953
- 445 *Id* *Proc. Amer Coll Cardiol* New York 1955
- 446 *Id* *Wien klin Wochr* 67, 647, 1955
- 446a. *Raab, W* *Proc. Amer Heart Ass., New Orleans, Oct 1955*, p 96 (*Circulation* 1955)
- 447 *Raab, W*, and *W Giger* *Arch exp Path Pharmacol* 219, 248, 1953
- 448 *Raab, W*, and *W Giger* *Circulation* 9, 592, 1954
- 449 *Id* *ibid* 11, 593, 1955
- 450 *Id* *Fed Proc Amer Soc exp Biol* 14, No 1, 1955
- 451 *Id* *Circulation Research* 3, 553, 1955
- 451a. *Raab, W*, *H C Herrlich* and *W Giger* Paper in preparation
- 452 *Raab, W*, and *R J Humphreys* *J Pharmacol* 83, 268, 1946
- 453 *Id* *ibid* 89, 64 1947
- 454 *Id* *Amer J Physiol* 148, 460, 1947
- 455 *Raab, W*, and *E Lepeschkin* *Acta med scand* 139, 81, 1950
- 456 *Raab W*, and *E Lepeschkin* *Cardiologia* 16, 332, 1950
- 457a. *Id* *Circulation* 1, 733, 1950
- 457b. *Id* *ibid* 1, 741, 1950
- 458 *Id* *Exp Med Surg* 8, 319, 1950
- 459 *Id* Unpublished data.
- 460 *Raab, W* " " " "
- 461 *Raab, W* " " " "
- 462 *Raab, W* " " " "
- 463 *Rabbeno* " " " "
- 464 *Ramey* " " " "
- 465 *Randles* " " " "
- 466 *Rasmussen, H* *Acta med. scand Suppl* 115, 1941
- 467 *Rauscher, P* *Z ges. exp Med* 98, 1, 1936
- 468 *Reichel, H* *Z Biol* 99, 527, 1939
- 469 *Reid, L. C* *Arch exp Path Pharmacol* 219, 466, 1953
- 470 *Rendell, H*, *E Schüldger*, *H Klepzig* und *H W Kirchhoff* *Artenlaufregulation* Thieme, Stuttgart 1955
- 471 *Rendell, H*, *R Weyland* und *H Klepzig* *Training, Leistung, Gesundheit* W Lampert, Frankfurt a.M. 1952, p 39 ff
- 472 *Rendell H* " " " " " " " "
- 473 *Rishi* " " " " " " " "
- 474 *Id* " " " " " " " "
- 475 *Ringer S J* *Physiol* 3, 380 1880
- 476 *Robb J S*, *M Grubb* and *H Braunfeld* *Amer J Physiol* 181, 39, 1955
- 477 *Roberts, J T*, and *J T Hearn* *Amer Heart J* 21, 617, 1941
- 478 *Robertson, W P B*, and *F H Dunbar* *Amer J Physiol* 177, 292, 1954
- 479 *Robertson, W P B*, and *P Peyer* *Amer J Physiol* 166, 277, 1951
- 480 *Ross J* *Biochem. Z* 176 17, 1926
- 481 *Rohde, E* *Arch exp Path Pharmacol* 68, 401, 1912

- 482 Rohde, E, und S Ogawa Arch exp Path Pharmacol 69, 200, 1912
- 483 Rössing, P Med Welt 20, 1376, 1951
- 484 Rothberger, C J, und H Winterberg Pflügers Arch ges Physiol 141, 343, 1911, 142, 461, 1911
- 485 Rothschild, K E Elektrophysiologie des Herzens Darmstadt 1952
- 486 Id Verh dtsch Ges KreisForsch 19, 274, 1953
- 487 Id Klin Wschr 32, 1, 1954
- 488 Id Pflügers Arch ges Physiol 258, 481, 1954
- 489 Rothschild, K E, und H Bammer Z ges exp Med 119, 327, 1952
- 490 Ruhl, A, und S Thaddeus Arch exp Path Pharmacol 191, 452, 1939
- 490a Ruskin, A Proc Amer Heart Ass, New Orleans, Oct 1955, p 101 (Circulation 1955)
- 491 Russek, H J, R H Smith, W S Baum, C F Naegle and F D Regan Circulation 1, 700, 1950
- 492 Russek, H J, B L Zohman and V J Dorset J Amer med Ass 157, 563, 1955
- 493 Sabiston, D C, and D E Gregg Fed Proc 14/1, 127, 1955
- 494 Salomon, K, und O Russier Arch exp Path Pharmacol 177, 450, 1935
- 495 Sampson, J J, and A Zipser Circulation 9, 38, 1954
- 495a Sarnoff, S J, and E Berglund Circulation 9, 706, 1954
- 496 Särff, E Z physiol Chem 262, 87, 1939
- 497 Sarre, H Klin Wschr 22, 135, 1943
- 498 Id Verh dtsch Ges KreisForsch 15, 137, 1949
- 499 Saunders, P R, J L Webb and C H Thienes Arch int Pharmacodyn 81, 485, 1950
- 500 Schaefer, H Ergebn Physiol 46, 71, 1950
- 501 Id Verh dtsch Ges KreisForsch 16, 18, 1950
- 502 Id Acta neuroveg 4, 201, 1952
- 503 Schaffer, H, E Bucka und K Friedlander Klin Wschr 5, 1635, 1926
- 504 Scherf, D Z ges exp Med 65, 222, 1929
- 505 Id N Y St J Med 47, 2420, 1947
- 506 Scherf, D, and L J Boyd Cardiovascular Diseases Lippincott, Philadelphia/London/Montreal 1947
- 507 Scherf, D, and F B Chick Circulation 3, 764, 1951
- 508 Scherf, D, and A Schott Extrasystoles and Allied Arrhythmias Heinemann, Melbourne/London/Toronto/Cape Town 1953
- 509 Schumert, G Klin Wschr 26, 449, 1948
- 510 Id Z klin Med 145, 1, 1949
- 511 Schmidtmann, M Verh dtsch Ges KreisForsch 5, 283, 1932
- 512 Schroeder, H A Amer J Med 10, 189, 1951
- 513a Schumann, H Z ges exp Med 105, 557, 1939
- 513b Id ibid 106, 59, 1939
- 514 Id Ergebn inn Med 64, 869, 1943
- 515 Id Der Muskelstoffwechsel des Herzens D Steinkopff, Darmstadt 1950
- 516 Schurmer, G Klin Wschr 24/25, 593, 1947
- 517 Segers, M Arch int Physiol 52, 291, 1942
- 518 Id Arch int Pharmacodyn 71, 173, 1945
- 519 Selye, H and C E Hall Amer Heart J 27, 338, 1944
- 520 Serin, F Acta physiol scand 26, 292, 1943
- 521 Shelley, B, C E Code and M B Viscer Amer J Physiol 138, 652, 1942
- 522 Sherman, W C, and C A Elshyem Biochem J 30, 785, 1936
- 523 Shimazono, I in Avitaminosen und verwandte Krankheitszustände, hgb von W Stepp und P György Springer, Berlin 1927
- 524 Shipley, R E, and D E Gregg Amer J Physiol 143, 396, 1945

- 525 Shuman C R, N Lerner and J H Downe, Jr., Amer Heart J 47, 737, 1954
526 Skute W E, E I Skute and A Tegelsang Ann Intern Med 30, 1004, 1949
527 Suchens, A A, B F Hoffman, T Enson, J E Farrell and C McC Brooks Amer.
J Physiol 175, 1, 1953
528 Smirk F H, and A E Doyle 2nd World Congr Cardiol p 359, 1954
529 Smith, S, and P B S Fowler 2nd World Congr Cardiol p 365, 1954
530 Solomon, H C, and P J Takawler Science 120, 949, 1954
531 Somogyi, M.. Endocrinology 49, 774 1951
532 Spadolun, J Arch int. Physiol 55, 317, 1948

538 Struppeler, A, und E Struppeler Acta physiol scand 33, 219, 1953
539 Swan H J C Lancet, 1949, 508
540 Sweet R ..
541 Szem
541a Id
Pres. ...
542 Thomson, W A R Brit. Heart J 1, 269, 1939
542a Tobian, L, E Dicht and C Miller Proc. Amer Soc Study Arterioscl , Circulation
12, 482, 1955
543 Torda, C, and ...
544 Trendelenburg,
545 Tischerkess, A
D Steinkopff, ...
546 Uhlmbroock, K Dtsch med Wschr 78, 12, 1953
547 Ulrich W C, and W V Whitlorn Fed Proc. Amer Soc exp Biol 10, 139,
1951
548 Ungar, J, M Gilbert, A Sugel, J M Blain and R. J Brig Amer J Med 18,
385, 1955
✓ 549 Unna, K, and E P Pick J Pharmacol 81, 133, 1944
550 Van Liere E J, and A F Feder Proc. Soc. exp Biol, N Y 88, 676, 1955
551 Vega Diaz, F Sincope Cardiovasculares. Mayo, Sevilla 1953
552 Verzer, F Theorie der Muskelkontraktion. Basel 1943
553 Vischer, M B, and A C Mulder Amer J Physiol 94, 630, 1930
554 Volhard, F Schwetz med Wschr 78, 1189, 1948.
555 Walker, H A, S Wilson C Heymans and A P Richardson Arch.int Pharmacodyn.
82 395, 1950
556 Wassermann S, and J I Goodman Exp Med Surg 4 165, 1946
557 Ward, R A, and R Lewis Fed Proc. 12 379, 1953
558 Wayne, E. J., and L. B Laplace Clin Sci 1, 103, 1933
559 Weber H H Z Elektrochem angew physikal Chem 55, 511, 1951
560 Id Ergebn Physiol 47, 369 1952
561 Wigra, R, J L Nickerson, R. B Case and J F Holland Amer J Med 10, 414,
1951
562 Weicker, B Arch exp Path Pharmacol 178 524, 1935
563 Id ibid 181, 525, 1936.
564 Weiß, R, und Al Reiß Z ges exp Med, 38, 428, 1923
565 Weiss, S J Amer med Ass. 115, 832, 1940

- 566 Weiss, S, and L B Ellis Arch intern Med 52, 105, 1933
- 567 Wenckebach, K F, und H Winterberg Die unregelmäßige Herztaetigkeit Engelmann, Leipzig 1927
- 568 White, H L, P Heinbecker and D Rolf Amer J Physiol 151, 239, 1947
- 569 White, P D Bull N Y Acad Med 1940, 431
- 570 Id Heart Disease MacMillan, New York 1944
- 571 Whitehorn, W V, and W C Ullrich Fed Proc 14/1, 163, 1955
- 572 Wrechmann, E Dtsch Arch klin Med 154, 296, 1927
- 573 Wiggers, C J, and A Dean, Jr Amer J Physiol 42, 476, 1917
- 574 Wilburne, M, J G Schlachter and A J Simon Arch int Pharmacodyn 76, 63, 1948
- 575 Wilce, J W Amer Heart J 25, 613, 1943
- 576 Wilkins, W E, and G E Cullen J clin Invest 12, 1063, 1933
- 577 Williams, R H, E Egana, P Robinson, S P Asper and C Dulout Arch intern Med 72, 353, 1943
- 578 Winbury, M M, and D M Green Amer J Physiol 170, 555, 1952
- 579 Winkler, A W, P K Smith and H E Hoff Fed Proc 1, 94, 1942
- 580 Winterberg, H Pflugers Arch ges Physiol 117, 223, 1907
- 581 Id ibid 122, 361, 1908
- 582 Wintrobe, M M, R Alayaga S Humphreys and R H Follis, Jr Bull Johns Hopk Hosp 73, 169, 1943
- 583 Wus, B, and H E Hoff J Pharmacol 64, 217, 1938
- 584 Wolf, G A, Jr Bull N Y Acad Med 22, 530, 1946
- 585 Wolferth, C C, W A Jeffers, H A Zintel, J H Hafkenschuel, A G Hills and A M Sellers Proc Amer Heart Ass 26th Session, p 26, 1953
- 586 Wollenberger, A Amer J Physiol 150, 733, 1947
- 587 Id J Pharmacol 91, 39, 1947
- 588 Id Pharmacol Rev 1, 311, 1949
- 589 Wollheim, E Dtsch med Wschr 75, 482, 1950
- 590 Woodbury, L A, and H H Hecht J Pharmacol 104, 103, 1952
- 591 Wright, H Brit med J 1905/II, 1095
- 592 Wylie, P This Week p 7, 1954
- 593 Youmans, W B, and I M Rankin Proc Soc exp Biol, N Y 66, 241, 1947
- 594 Young W G, W C Sealy, J Harris and A Botwin Surg Gynec Obstet 93, 51, 1951
- 595 Zanetti, M E, and D F Opdyke J Pharmacol 109, 107, 1953
- 596 Zdansky E Verh dtsch Ges Kreisforsch 1951
- 597 Zenker, R, H Sarre, K H Pfeffer und H H Lehr Ergebn inn Med N F 3 1, 1952
- 598 Zoll, P M, A J Linenthal, W Gibson, M H Paul and L R Norman Proc Amer Heart Ass, New Orleans, Oct 1955, p 128 (Circulation 1955)

Author's address Professor W Raab M D,
University of Vermont, College of Medicine,
Burlington, Vt (USA)

Electrolytic Balance and Myocardial Contraction

By F LENZI *Scna*

The physician who wishes to bring himself up to date about this subject makes a first observation in a speculative field: clinical medicine examines a field which physiology and biochemistry probe with extreme care and caution.

The part played by electrolytes in myocardial and skeletal muscle contraction, draws the attention of scholars to biochemical, physiological and chemical questions. It is hoped that the answers to these questions already provided by clinical medicine and electrocardiography will be confirmed in the course of time. These answers have, at any rate, interesting aspects, but it is also true that they do not provide any sure knowledge about the role of electrolytes in the function of muscles and in the genesis of action potentials.

Many articles have already appeared showing electrocardiographic patterns and cardiac findings considered as typical for one or other electrolytic balance, and typical states of both hyperkalemia and hypokalemia have been described. But authors have so far confined themselves to descriptive analysis and have been unable to give a reliable bioelectrical interpretation of the observed modifications. A complete interpretation of these electrocardiographic changes must take into account various problems, many of which are still unsolved.

It is still not clear whether the modifications, plus or minus, in a given electrolyte (K, Na, Ca) have a specific effect on the electrocardiogram, it may be that they operate by changing the necessary

Please quote this article as follows:

Lenzi F. Electrolytic Balance and Myocardial Contraction. *Adv Cardiol* 1, 153-168 S Karger Basel/New York 1956

equilibrium to the normal heart contraction and to the rising action potentials. We do not know how these modifications come about, if we admit equilibrium disturbances among electrolytes, it would follow that the decrease of a certain cation might in this case be only relative, we could no longer assume a close relationship between the various electrocardiographic patterns and the concentrations of an electrolyte in the serum. A satisfactory answer has not yet been found to the interesting question whether the electrocardiographic patterns of lesion and those seen in conditions of changed kalemia are related pathogenetically.

We do not know whether the happenings in ischemic centres due to the accumulation of hydrogen have any similarity to conditions in which there is an abnormal prevalence of potassium. If it is true that a certain relationship exists between concentrations of the various electrolytes, it is most probable that the hyperkalemia will be followed by hyposodiemia, therefore it is not sure if the observed effect can be attributed to the former or to the latter.

A correct concentration of electrolytes is of fundamental importance for muscular contraction, both in the examples of *Szent György's* actomyosin and, still more so, in the conception of the osmodynamic accumulator of energy.

On the other hand, electrolytes – potassium in particular – play various parts in the resynthesis of glycogen (formation of K hexosediphosphate according to *Verzár*, reduction of the kalemia due to the action of insulin which leads to the disappearance from the blood of the same quantities of K and P found in muscles, reaction of *Lardy* and *Ziegler*).

The close connection between certain fundamental reactions in glycidic metabolism and the movement of K presents the following problem: are we to consider the changes in K as a secondary aspect of glycidic metabolism or as an essential mechanism designed to obtain fundamental conditions for the contractile function? In other words, does glycogen resynthesis represent a preparatory phase of electrolytic situations which are the real cause of contraction?

It is interesting to consider the interference of glycidic metabolism and electrolytic homeostasis through the cellular membrane. Regarding the clearly antithetical position of adrenal mineral active and glyco active hormones we are faced with the question whether glycogen resynthesis may be regarded as the basis for the interference of the two series of hormones.

The clinician who has already observed some typical states of a modified concentration of K in the blood is faced with many problems: sometimes hypokalemia is very well tolerated and completely asymptomatic whereas in other cases it is followed by well marked symptoms. Examples are the hypokalemia arising during cortisone treatment, the muscular adynamia in periodical paralysis after glucose administration and the disappearance of K intolerance in Addison's disease after desoxycorticosterone. All these examples point to an alteration in the balance of several electrolytes, or even of the same electrolyte on different sides of the cell membrane, rather than to an independent action due to changes in the concentration of a single electrolyte in the blood. Cannon observed that hypokalemic rats soon show serious cardiac lesions if fed with too much Na, this would not be the case if the rats were deprived of K and Na in the same proportions. It follows that the electrolytes cannot be considered separately in an investigation of the pathogenetic significance of their varying concentrations in the blood.

Besides studying the relationship between the serum electrolytes, we have also tried to find out whether there are differences in the electrolytic levels of the intracellular and extracellular fluids. Starting from the assumption that such differences do exist, the attempt was made to study the cell when it contained an abnormal amount of its essential electrolyte, potassium. The purpose of such a study is clear, but it may be doubted if a determination of the potassium in the cells of bioptic material can inform us about the real quantity of potassium which the cell is able to exchange with the interstice. We speak of intracellular diffusible potassium which differs in function from organ potassium compounds and which is present in various amounts depending on several factors.

This complicated subject has been treated in several recent monographs and we do not intend to discuss it in detail here. We shall, however, take a quick look at the functional situation of the various electrolytic constituents of the body. Such a survey, if carefully performed, would take us very far, we shall therefore confine ourselves to the study of potassium and sodium for orientative purposes only. It is useful to consider that the total amount of an electrolyte in the body is divided into many fractions, everyone of which is separated from the others by what is known as a threshold, it is clear that the raising or lowering of these thresholds will not change the total amount of the electrolyte in the body but only

the ratio of the various fractions. Let us take potassium as an example as a first fraction we may consider the potassium bound in indiffusible compounds. The study of this intracellular indiffusible fraction, of its level and of the factors which control the ratio of diffusible and indiffusible K fraction is still at the beginning. It stands to reason that inside the cell there are certain factors which regulate the ratio between the indiffusible and diffusible fraction, but our knowledge of this subject is very incomplete. We may wonder whether the changes in these two intracellular fractions are responsible for some unbalanced syndromes. Physiological investigation indicates that these changes are important and may be influenced by hormonal secretions.

This first threshold between intracellular and indiffusible potassium and intracellular diffusible potassium (i.e. functional potassium) may have direct repercussions on the relation between diffusible intracellular and extracellular potassium.

This second ratio, being dependent on the different concentration of potassium on both sides of the cell membrane, has held the attention of various authors and has been regarded by us as a central point in the concept of cationic membrane gradients.

It is very probable that not all ions are equally diffusible in the plasma, it has been shown that the ions nearest the cell membranes are subjected to attractions which do not excite other ions which move more freely in the milieu. Leaving aside these considerations let us consider the ionic plasmatic mass as a homogeneous one. The very last threshold is on the level of the renal filter: we must give it the greatest emphasis because of the independent position of the kidney tubule in retaining or expelling electrolytes. The importance of the renal threshold of cation elimination in preserving the balance of water and minerals and in regulating the total balance is evident.

What we want to say in short is that between the two extreme factors (amounts introduced and eliminated via the kidneys, faeces and digestive juices) causing the variation of the balance in one or in the other direction, it is necessary to consider the variations in the "order" of the various fractions into which mineral mass is divided.

The functional changes and electrocardiographic modifications are apparently due to the fact that although the electrolyte is seen to move from one sector to another, the organism is unable to reach a balance which does not compromise the functionality. This helps us to understand, for instance, how even a slight kaliemia can be

well tolerated and give rise to no clinical symptoms and how in these cases very small K doses are sufficient to upset a balance which was in process of being established. A given ratio must be maintained between intracellular K fixed in compounds and therefore indiffusible, and intracellular dissociated K, which is ionically active. How this ratio may be maintained and how it is disturbed can be explained by saying that a prevalence of synthesis causes an increase in fixed amounts or at least a displacement of K towards the cell. The opposite situation occurs in conditions of hyperfunction, of weariness and of cellular suffering in general.

These two aspects of the ratio between the two fractions of intracellular K are connected: the first with an exaggeration of synthesis and the second with an exaggerated demolition of the cellular substances.

Glycogen synthesis and glyconeogenesis, the former under insulin and the later under hypophyseal-adrenal correlation control, are very probably the means by which K is fixed in the cells or, at least, one of the quickest ways of enabling K to pass from one side of the membrane to the other. These various "orders" of the two intracellular potassium fractions have repercussions in the extracellular sector, which are worth noting. Let us consider the development of the intracellular ratio between indiffusible and diffusible potassium; the first fraction is increasingly detrimental to the second and in the membrane gradient the extracellular K amounts prevail even when below normal. This situation shows us how certain functional conditions of hyperkalemia may be obtained with normal and subnormal serum values. The result will be the activating of the principal regulating agent—the diuresis. The K will then be removed via the kidneys with a negative effect on the balance notwithstanding normal or even subnormal serum values.

In the example given above modification of the K metabolism may be brought about by cortisone and by ACTH; the symptoms are a well tolerated hypokalemia and negative K balance with loss of K in the urine notwithstanding hypokalemia. A new loss after every cortisone injection is observed. In such conditions complications due to hypokalemia very seldom arise in spite of the reduced serum levels. This is easily understood if we remember that the kalemia is low but proportionate to the parts of diffusible intracellular potassium. Any attempt to correct the hypokalemia would cause an immediate change in the "order" to which the organism

the ratio of the various fractions. Let us take potassium as an example. As a first fraction we may consider the potassium bound in indiffusible compounds. The study of this intracellular indiffusible fraction, of its level and of the factors which control the ratio of diffusible and indiffusible K fraction is still at the beginning. It stands to reason that inside the cell there are certain factors which regulate the ratio between the indiffusible and diffusible fraction but our knowledge of this subject is very incomplete. We may wonder whether the changes in these two intracellular fractions are responsible for some unbalanced syndromes. Physiological investigation indicates that these changes are important and may be influenced by hormonal secretions.

This first threshold between intracellular and indiffusible potassium and intracellular diffusible potassium (i.e. functional potassium) may have direct repercussions on the relation between diffusible intracellular and extracellular potassium.

This second ratio, being dependent on the different concentration of potassium on both sides of the cell membrane, has held the attention of various authors and has been regarded by us as a central point in the concept of cationic membrane gradients.

It is very probable that not all ions are equally diffusible in the plasma; it has been shown that the ions nearest the cell membranes are subjected to attractions which do not excite other ions which move more freely in the milieu. Leaving aside these considerations let us consider the ionic plasmatic mass as a homogeneous one. The very last threshold is on the level of the renal filter. We must give it the greatest emphasis because of the independent position of the kidney tubule in retaining or expelling electrolytes. The importance of the renal threshold of cation elimination in preserving the balance of water and minerals and in regulating the total balance is evident.

What we want to say in short is that between the two extreme factors (amounts introduced and eliminated via the kidneys, faeces and digestive juices) causing the variation of the balance in one or in the other direction, it is necessary to consider the variations in the "order" of the various fractions into which mineral mass is divided.

The functional changes and electrocardiographic modifications are apparently due to the fact that although the electrolyte is seen to move from one sector to another, the organism is unable to reach a balance which does not compromise the functionality. This helps us to understand, for instance, how even a slight kalemia can be

well tolerated and give rise to no clinical symptoms and how in these cases very small K doses are sufficient to upset a balance which was in process of being established. A given ratio must be maintained between intracellular K fixed in compounds and therefore indiffusible, and intracellular dissociated K, which is ionically active. How this ratio may be maintained and how it is disturbed can be explained by saying that a prevalence of synthesis causes an increase in fixed amounts or at least a displacement of K towards the cell. The opposite situation occurs in conditions of hyperfunction, of weariness and of cellular suffering in general.

These two aspects of the ratio between the two fractions of intracellular K are connected the first with an exaggeration of synthesis and the second with an exaggerated demolition of the cellular substances.

Glycogen synthesis and glycogenolysis, the former under insulin and the latter under α -adrenergic stimulation, are at least the two main factors which regulate the ratio between the two fractions of intracellular potassium.

cellular potassium fractions have repercussions in the extracellular sector, which are worth noting. Let us consider the development of the intracellular ratio between indiffusible and diffusible potassium, the first fraction is increasingly detrimental to the second and in the membrane gradient the extracellular K amounts prevail even when below normal. This situation shows us how certain functional conditions of hyperkalemia may be obtained with normal and subnormal serum values. The result will be the activating of the principal regulating agent—the diuresis. The K will then be removed via the kidneys with a negative effect on the balance notwithstanding normal or even subnormal serum values.

In the example given above modification of the K metabolism may be brought about by cortisone and by ACTH, the symptoms are a well tolerated hypokalemia and negative K balance.

serum levels. This is easily understood if we remember that the kalemia is low but proportionate to the parts of diffusible intracellular potassium. Any attempt to correct the hypokalemia would cause an immediate change in the "order" to which the organism

was tending – which would hardly occur at lower level – and a sudden appearance of hyperkalemia syndromes with subnormal kaliemia

If we stop the treatment, after 10–12 hours the K balance is inverted, the kaliemia rises and everything tends to balance again at a normal serie level

In studying the different possible cases we must consider the variations which the parts of potassium may undergo and the more immediate and interesting repercussions. We shall discuss the earliest pathogenetic signs, the clinical picture which later develops and the therapy. The tendency of the indiffusible intracellular fractions to increase results in an immediate reduction of serum potassium which re-enters the cells in large quantities. Different conditions may arise inside the cells but generally a balance is reached at a comparatively low level of diffusible potassium, which in this case is well counter balanced by the low degree of potassiemia. The balance remains unchanged and we have no syndrome of hyperkalemia or hypo kaliemia

The case is different in periodical familial paralysis characterised by spells of muscular adynamia with low kaliemia. It has been shown that adynamic crises may be caused by the introduction of large amounts of glucose, either 1 by reduction of the kaliemia, or 2 by the passing of K into the cells through an activated glycogenic synthesis

This syndrome arises through increase of the glycidic synthesis combined with sudden withdrawal of large quantities of potassium from the small extracellular stores. Another example is hypercorticoidism in which the slow elimination of Na from the serum is often combined with low kaliemia. In this peculiarity of the humoral picture hypercorticoidism differs from adreno cortical deficiency in which there is high kaliemia due to the passage of insufficient quantities of K into the cells

Because of the damage of the cellular protoplasm – toxic, anoxiemic, traumatic – there is insufficient synthesis or even disintegration of the synthesized compounds with loss of large quantities of potassium from the cell

This loss of potassium may be rapid or slow. It may be related to protein catabolism or the amount of potassium lost may be larger than the fractions calculated according to K/Na ratio

We shall now go on to consider the various consequences of these early disturbances which are often found in medical and surgical practice

In cases of extensive damage and tissue necrosis large amounts of K are found to pass quickly into the extracellular fluid from the cells. Besides these severe cases we meet many others of a milder type. In these cases the passage of potassium into the extracellular fluid is followed by improvement in the diuresis and disappearance of excess K "via" the kidneys. The serum K level in this case remains within normal limits and the depletion in the cells is only expressed by the balance.

The relation between the intracellular and the extracellular concentrations of diffusible potassium varies very little because the exchange processes are slow and any excess is rapidly corrected by the active diuresis. There are no very marked symptoms.

In diabetic acidosis two different pathogenetic factors are combined:

- 1 primary inability of the cell to maintain its potassium,
- 2 polyuria and general periphic loss of potassium which not only disposes of the potassium passed from the cells to the interstitial fluid but can also cause hypokalemia. Even in these cases, however, the relation between the intracellular and extracellular concentrations (i.e. between the serum and the cell fractions which are both reduced) tends to remain within fairly normal limits. Thus a condition usually develops in which indiffusible intracellular K is scarce, while the membrane ratio remains near normal.

We still have a situation of "order" but there is also the risk that any therapeutical interference may disturb that order and result in large quantities of extracellular potassium passing into the cells. This would give rise immediately to an unbalanced condition due to deficiency of plasmaic fractions. Even small changes may disturb the balance.

Besides the maintenance of balance in situations of risk we may also meet opposite tendencies due to a greater proportion of plasmaic potassium (relative hyperkalemia) or of intracellular potassium (relative hypokalemia) in the membrane.

THE BALANCE MECHANISM OF BLOOD DOES NOT REMAIN EXTRA-NEOUS TO THESE CHANGES OF THE POTASSIUM, THE ROLE OF THE BUFFERING MECHANISM BEING A PRE-EMINENT ONE IN THESE CHANGES OF THE POTASSIUM.

We have observed how in a diabetic subject coma may appear with an almost normal kaliemic level, the alkaline reserve, how-

ever, is constantly subnormal and not even the extracellular water is very much reduced. The therapy, designed to re-establish the normal acid-base balance and restore the normal amount of extracellular water, produces dilution of the serum potassium and decreased kaliemia which is the first pathogenetic sign of the syndrome.

This explains how the therapy (fluid-enriching, antiacidosis, glucose-insulin) provokes a hypokaliemic syndrome due to the presence of two different pathogenetic mechanisms.

But if it is true that in a diabetic patient the level of intracellular potassium decreases even before the appearance of acidosis (experiments with labelled K), the following two factors must be considered as closely connected: the quantity of cellular potassium and the efficiency of the glycogen synthesis.

We have already stressed the important effect of the disturbance starting in the cell on the mechanism regulating the membrane potassium gradient.

The large cellular stores may cause either sudden withdrawals from, or transfers to, the small seric fractions, which are defended against sudden loss of potassium by the slowness with which it can enter the cells and against sudden increase by renal functionality.

Other extracellular factors may cause changes in the kaliemia and therefore also influence the membrane gradients.

This depends on certain conditions connected with disturbed renal function (e.g. retention in some types of oliguric nephritis and in renal block, for instance the state of depletion in the so called salt losing nephritis) or on conditions connected with loss of extracellular K through vomiting, diarrhoeas, etc. A genesis of this kind is found in the cases of *Brown* and more recently *Evans* or in the *De Toni Fanconi* syndrome (*Milne Buchel*). In these conditions which cause severe disturbance of the electrolytic balance, the appearance of a hypokaliemic syndrome is not frequent. The passage of K from rich intracellular stores into the interstitial liquid may compensate even considerable losses, as long as these show no especial characteristics. Intracellular K, in these cases forms a compensating reservoir for extracellular K. Obviously it takes time to bring this mechanism into action, since the permeability of the membrane is very slight.

So far we have spoken almost exclusively of K, the cation that has received greatest attention in clinical and electrocardiographical studies. It must indeed be recognised that nowadays disorders of

the electrolytic equilibrium are generally studied only in connection with hyperkalemia and hypokalemia. This is on the basis of electrocardiographic pictures.

It has been said that Na causes few or no changes in the electrocardiogram and that we know almost nothing about the role of Mg. It has been assumed in fact that K plays a pre-eminent if not an exclusive part (except in hypocalcemic modifications) in determining typical electrocardiographic changes.

But we may have doubts about this assumption. In our opinion there is a sound basis for the theory that the contraction of the myocardial fiber is caused by changes in the intracellular and extracellular concentrations of K and Na. Since the myocardial fibril will only function efficiently if relations between the plasmatic and cellular concentrations of the two cations are normal, electrocardiography is faced with the following problem: are the registered tracings due simply to the prevalence or lack of either of the two cations in equilibrium, or are we to look for a more complex cause? For instance, a hypokalemic pattern might be due simply to an increased proportion of extracellular sodium. Investigations in closely relating to this problem are at present being made in connection with congestive heart failure.

So far we have followed the theory of backward failure: primary venous hypertension due to hyposistolia which in its turn causes disturbances in the salt-water exchanges at the level of the capillaries, primary water retention and secondary NaCl retention to maintain isotonic conditions. The part played by Na in the pathogenesis of edema is therefore secondary at least to the venous hypertension and the water retention.

The current investigations however place the retention of NaCl and H₂O in a very different position, indicating that the root of the trouble lies in excessive tubular reabsorption in the kidneys.

We do not wish to discuss here whether this increase in tubular reabsorption is due to the low F.G., to venous hypertension in the kidney, or to an increase in CO₂ tension. We shall only observe that sodium retention appears to play a more important part in the pathogenesis of cardiac edema than was previously supposed. It seems possible that the damaging effect of the salt balance disturbance (retention of sodium) may not be confined to the level of peripheral contacts, on which the appearance of the edemas depends.

Once this has been established, we may have to revise our views on the pathogenesis of hyposistolia. We may even wonder whether we are justified in considering that disturbances in the contraction of the myocardial fibril are secondary to conditions of hypernatremia (or relative hypokalemia). Na retention thus acquires particular significance because of its direct effect on the metabolism of potassium and its close connection with myocardial contraction. It has recently been observed that the isolated heart of the rat, in conditions of anoxia, can regain normal conductivity if the Na in the liquid of perfusion is reduced and constant osmotic pressure with glucose is maintained. Since an anoxic or excessively stimulated muscle retains sodium and releases potassium, some authors have thought that the favorable effect of a hyposodic diet on cardiac patients may be connected with direct action on the myocardium.

In addition it has been established that excess of Na increases the damage caused by potassium deficiency in the heart of rats. Conversely, if the sodium intake is restricted the myocardial damage is retarded.

We record finally our experiments on cold blooded animals. By artificially provoking a state of absolute hypersodiemia in these animals we have seen ecgraphic modifications similar to those considered by other authors to indicate a hypokalemic state. Elsewhere we have tried to give a biophysical interpretation of these modifications based on the theory of electrolytes. We do not wish to broach this subject again and we prefer to underline certain features of greater clinical importance. In these animals prolongation of the repolarization time caused the final wave of the electrocardiogram to come closer to the succeeding initial wave this was followed by the appearance of a typical state of fibrillation. This state was reversible within certain limits both with time and with the introduction of KCl. These results present certain problems: is it correct to interpret as hypokalemic those ecgraphic patterns which show the same characteristics as are provoked by the increase of plasmatic amounts of Na?

May we consider that Na retention is not only a factor in the pathogenesis of the edemas but is also responsible for contractile disturbances?

Patients suffering from congestive failure show, if compared with other heart patients, a marked tendency to auricular fibrillation. Therefore are we justified in considering that our results are indicative

and that the changes in electrolytic equilibrium provoked by the increased natriemia may be connected with the particular aspects of myocardial disturbance?

Having discussed certain aspects of disturbed electrolytic balance, let us consider the importance of the electrolytic concentrations in myocardial contraction and in the genesis of action potentials.

This is a most controversial and fascinating subject which presents many obscure points. The purpose of the following pages is entirely practical, we wish to demonstrate the great importance of suitable concentrations of the electrolytes for normal myocardial contraction and for the genesis of action potentials.

All authors agree on the great importance of this aspect of our subject.

According to *Szent Gyorgyi* and his co-workers, the contractile combination consists of actomyosin, ATP, K, and Mg. In this system, the actomyosin represents the substance which in appropriate conditions proceeds to a retraction so sudden that it could be called contraction.

Actomyosin is made up of myosin and actin. Myosin is a hydrophilous colloidal system of complex structure, formed of an inactive framework to which globular proteins are linked which fundamentally modify its enzymic properties.

Particular interest attaches to the behaviour of myosin in the presence of dilute solutions of neutral salts. The isoelectric point of myosin in aqueous solution free from salts lies at pH 5.4 where it precipitates. By varying the reaction of the medium the protein becomes redissolved starting at a pH of 7 or of 4. If 0.025 M of HCl is added to the myosin solution its isoelectric point shifts to neutrality (pH 7) and the protein precipitates. The analysis of the myosin precipitate by means of 0.025 M solutions of HCl shows that the protein has only fixed K without a simultaneous fixation of Cl. If at this point we increase the concentration of KCl we note first that the myosin dissolves again and second that there is intense subsequent adsorption of the K ions which now occurs in equilibrium with the absorption of the Cl ions.

This phenomenon can be expressed by saying that the HCl in suitable concentrations shifts the isoelectric point of myosin from pH 5.4 to pH 7. This property is not specific to HCl, which indeed has to be strongly concentrated in order to show it, but is common to NaCl in an equal concentration, and is possessed in lower con-

centrations by $MgCl_2$, and above all, by KCl and $MgCl_2$ combined

In aqueous solutions free from salts the myosin does not fix ATP. This is readily comprehensible in view of the anionic nature of both the substances

If the myosin is dissolved in KCl solutions then the ATP begins to be fixed, but only slightly. The quantity of ATP fixed depends on the quantity of K which has been previously fixed by the myosin. In large amounts ATP is fixed in the presence of $MgCl_2$, and in an ever greater quantity if K and Mg^{++} ions are present at the same time

Szent-Györgyi thinks that myosin, because of the prevalent dissociation of the $COOH$ groups, possesses a negative charge which is, however, compensated by the fixed Mg ions. In their turn the fixed Mg ions initiate the absorption of ATP which restores the negative charge to the combination. The myosin-ATP combination is thus characterised by a negative charge which derives directly from the adsorbed ATP. Each time the ATP diminishes there will also be a diminution of the electro-negativity favouring the myosin-actin association which determines the contraction

All this produces a somewhat complicated activity of electric charges and leaves the protein particle with a final negative charge which is finally balanced by the cations – in the first place the K – present in the aqueous environment of the protein particle itself

The ions surrounding the particle and the ions attached to it are in equilibrium. Any change in the ionic balance of the medium will cause a corresponding change in the charge of the myosinic particle, and consequently will have repercussions on the forces of attraction and repulsion between actin and myosin

Myosin has two different enzymic activities. It can act as an ATP-ase (separating the terminal phosphorylated group of ATP) or it can act as a deaminase (separating the amino groups from adenosine). A short note on the ATP-ase activity of myosin will suffice

Though it may seem strange that a contractile protein like myosin can be an enzyme, we must accept this enzymic activity as belonging to myosin. Every attempt to separate myosin from its ATP-ase activity and to show that myosin and ATP-ase are two different substances has so far failed

A very interesting fact is that the ATP-ase function of myosin appears in a given phase of activity of the system and ceases immediately after (*Engelhardt and Ljubimova*)

In the muscle at rest, myosin is present in a free state, not attached to actin, and in the form of Mg-myosinate which possesses ATP ase activity at pH 9, that is, in a highly alkaline medium far removed from the pH proper to the muscle (6.95-7). At this latter pH Mg myosinate does not, therefore, possess ATP-ase activity. When owing to the advent of the wave of excitation, the myosin unites with actin, the actin shifts the optimum pH for the ATP-ase activity of myosin from the alkaline value to that proper to the muscle.

Thus it can be concluded that the ATP ase activity of myosin appears when the system is activated.

The ATP ase activity of myosin depends on its charges, that is, it depends finally on the ionic concentration. In the absence of the salts, myosin has no ATP-ase activity, just as it does not possess it when the saline concentration is in excess. Experimentally it is possible to observe that the maximum ATP-ase activity is reached by myosin at a pH of 7 with an ionic concentration (KCl or NaCl) of about 0.16 M.

Having thus established in a very schematic manner the principal characteristics of myosin, which interests us as a component of acto-myosin, let us see what are the characteristics of the other component, actin.

The reactive properties of actin are very complex and an analytical enumeration would not help to clarify the general development of the phenomena.

Actin is present in two forms, G-actin or globular actin and F actin or fibrous actin. Under the ultramicroscope G-actin shows globular formations. When polymerized into F-actin it presents thin, long ribbon like filaments. The presence of cations is essential for the polymerization of G actin.

The union of the two proteins, myosin and F actin need a new substance or

It precipitates

with increasing concentrations of KCl, then with further increase of the K concentration it again becomes soluble, similar to the behaviour of myosin. If, however, we add ATP besides KCl, slight variations in the saline concentration suffice to carry actomyosin from the state of superprecipitation (which *Szent-Gyorgyi* calls contraction) to that of complete solubility, this variation occurs in KCl concentrations very near 0.16 M.

Above 0.16 M of KCl, actomyosin is completely relaxed, in the presence of ATP it becomes completely contracted below this saline concentration.

We are therefore faced by a contractile system formed of actin, myosin, ATP and KCl which can exist in equilibrium in conditions which occur physiologically, since *Szent-Gyorgyi* calculates precisely 0.16 M as the sum of the K^+ and Na^+ ions present in the muscle. Superprecipitation apparently occurs when to the two components of the system there is added a third of any kind.

A point which is still a subject of conjecture is the part played by ATP in the passage from the relaxed phase to the contracted phase. It is obvious that in the relaxed phase great importance attaches to the reciprocal repulsion of the two proteins, both being electro-negative.

Myosin is less electronegative than actin, hence a subsequent decrease of its electronegative character would annul the electrostatic repulsion and would lead the two proteins to unite. This is what occurs when we precipitate actomyosin with KCl. But this is not the condition attained with superprecipitation because in precipitation by KCl actomyosin still contains 95 per cent of water, while in the "contraction" from KCl + ATP it contains only 50 per cent. It follows that ATP must intensify the intimate depolarization of the charges, determining a greater discharge of the potentials of the two proteins, and cause the colloid to lose its hydrophilia.

This uncertainty about the part played by ATP in contraction is closely connected with another question, whether the energy of the P-O-P link is used by the contractile mechanism for contraction or for relaxation. This is a query which can be avoided by regarding the cessation of energy which follows a contraction as preceding the following contraction and so on. In other words, it can be admitted that the energy of the P-O-P link may be liberated in one phase and utilised in the following phase.

However, we must not conceive the role of the energy bond of ATP to be such that its presence signifies contraction and its liberation signifies relaxation.

In this system formed of actin-myosin, ATP and K^+ and Mg^{++} ions, two possibilities occur, 1. if the surface electric charges which cause the two proteins to repel each other exceed a given level, the two proteins coexist separately as actin- and myosin-ATP which in this phase does not possess ATP-ase activity, 2. if the repulsion of the charges falls below a certain critical value, a single combination, actomyosin-ATP is formed, wherein those reactions which lead to contraction would be determined. The degree of repulsion and attraction of the particles, which finally governs the possibility of being able to react, is determined by the ionic surroundings in so delicate a manner that differences of 0.02 M of KCl are sufficient to produce a change from a state of rest to one of contraction.

Let us now follow the various phases of the contractile cycle as conceived by Szent-Györgyi.

In the state of rest the muscle would not contain actomyosin but actin and myosin separately, that is, actomyosin in the dissociated state. The reason for this dissociation is the fact that the particles of actin and myosin are too distant from one another to react chemically. The distance is one of a few Angstrom units but it must be regarded as sufficient to establish a state of equilibrium in the play of the attraction and repulsion forces which are produced by electric charges present in the ionic condition of the medium. In this state of rest the actin and myosin are all present and ready for ionic equilibrium, the balanced

The wave of excitation passing along the membrane changes the concentration of the order of those determined by a difference in concentration of 0.02 M of K^+ too that the equilibrium of actin-myosin-ATP is again dissociated into its three components

In the excitation phase the conditions permitting the constituents of the actomyosin-ATP combination to react mutually are established. There the process of the maximum depolarization of the respective charges is initiated. This shows as intense dehydration. We pass from the relaxed phase of the contractile combination, characterised by a high and unstable thermodynamic potential, to a contracted phase poor in internal energy. The difference in the "form" of the actin ovoids, which decrease their larger diameter on transforming into globular actin, expresses the adaptation of the fibre which is thus capable of accomplishing work.

Szent Gyorgyi thinks that the premises for relaxation are seen in the dephosphorylation of ATP into ADP. Given that ADP is not capable of initiating the contraction of actomyosin, it is probable that it also has no capacity for maintaining the contracted state.

Conditions which could lead to relaxation are therefore established at the moment of contraction, owing to the sole fact of the degradation of ATP.

Szent Gyorgyi does not think it is necessary to account for an active re-extension of the fibre, but that it is sufficient to be content that the fibre does resist being extended again by its antagonists. It is doubtful whether the degradation of ATP to ADP is sufficient to attain the relaxed state.

What happens *in vitro* leads to the idea that, as with the resolution of the superprecipitate of actomyosin, the presence of ATP is necessary, so also its presence is required for muscular relaxation. In this case, it is from the reservoir system of phosphocreatine that the phosphorylated group would be acquired to reintegrate ATP.

Summarising the scheme which *Szent Gyorgyi* offers for his theory

Rest actin + myosin - ATP¹, in which the exclamation mark indicates the presence of the energy bond of ATP not yet involved in the reaction.

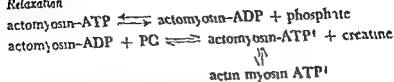
Excitation actomyosin - ATP¹, in which the distance between the individual members of the combination is diminished and interaction becomes possible.

Contraction actomyosin - ATP, in which the combination is in its contracted form.

The absence of the exclamation mark in this third phase obviously does not signify that ATP has lost its energy bond (an ATPase action will appear only with contracted actomyosin) but merely

that ATP, in some not well clarified way, has taken part in this reaction

Relaxation



We have stated the theoretical concept that muscular work is accomplished by reason of the energy of ATP

This interpretation regards these metabolic exchanges from a special angle. If the general purpose of glycogen metabolism is the production of energy, it is a specific requirement of the muscular machine that this energy be contained within the particular energy bonds of a specific substance, ATP

Recently important researches have been carried out which oppose the *Szent Gyorgyi* muscular contraction theory. It is to be noted how *Fleckenstein* et al. in recent chromatographic experiments have followed the degradation of ATP to ADP and to adenylic acid. In a frog rectum muscle KCl contraction the authors observed no degradation of ATP, this is a result which would lead to the conclusion that in these experimental conditions the ATP remains outside the reactions which bring about contraction and relaxation.

In the preceding chapter we have seen that the muscular contractile system of *Szent Gyorgyi* is constituted of actin, myosin, ATP, K , Mg . We have noted that the contractility of actomyosin depends on the surrounding concentration of monovalent cations, so that variations of this concentration within very restricted limits determine contraction and relaxation of the system.

Half a century ago, *Ogerton* laid the foundations of a new and interesting theory of muscular contraction with his classic research on the behaviour of muscle fibres with varying concentrations of Na^+ and K^+ .

In this theory there is a systematic explanation not only of the phenomena inherent in muscular and cardiac movement but also of many aspects of the function of nerve conduction. It has been supported by sound experimental contributions from German authors as regards the contraction of the skeletal muscle, from Italian authors as regards myocardial contraction, and from Anglo-American

authors as regards the phenomena of excitation and nerve conduction

The theory of the "primary osmodynamic accumulator of energy" (*Fleckenstein*) is, in fact, founded on the asymmetrical distribution of the Na and K ions on either side of the membranes delimiting the myofibres and the nerve fibres. Very small extracellular amounts of potassium are confronted by large intracellular amounts of potassium, and large extracellular amounts of sodium are confronted by very small intracellular amounts of sodium. The theory considers, moreover, the cationic exchanges (of Na and of K) in the successive phases of muscular contraction and relaxation.

Consideration will be given to K and Na distribution in the cells and in the interstitial liquids. From the asymmetrical distribution of K and Na in the organism as regards cellular membranes we will obtain the idea of a "potassium gradient and sodium gradient of the membrane". This concept is fundamental for understanding the genesis of the electrocardiogram as well as that of varied clinical occurrences.

The electrolytic gradient is not the passive resultant of autonomous variations which take place on one or other side of the membrane, its amount cannot be evaluated by difference. What is in question is a constant which the organism tends to maintain with continuous changes, impoverishing the intracellular stock if the extracellular stock has suffered losses, and vice versa. Its amount can be stated only by a ratio, and there is a basic slowness with which proportional changes aiming at keeping the gradient constant are produced on one side of the membrane corresponding to changes on the other side.

According to *Klinke* the blood serum contains from 280 to 350 mg per cent Na, and the lymph, from 242 to 323 mg per cent. *Bircher* and *Rothlin* give values of 359 mg per cent of Na⁺ for blood serum. Putting the figure of 326 mg as the mean Na concentration in the plasma, we have a sodium content equal to 142 mEq per litre, according to the simple calculation

$3260 \text{ mg per litre} : 23 \text{ (atomic weight of Na)} = 142 \text{ mEq}$
Of these 142 mEq of Na⁺ contained in a litre, 100 ions become bound to as many ions of Cl, 27 combine with the HCO₃ anions, and the remaining 15 in part to the anions of SO₄, H₂PO₄ or with organic acids or with the proteins.

All authors agree that the extracellular Na is in a state of complete ionisation. Na is never found (*Mach* states this definitely) in the forms of insoluble combinations which can constitute reserve deposits, as, for instance is the case with Ca salts. The Na of the bone tissue has a strictly local and well-defined function, and is completely foreign to the metabolism of the Na dissolved as NaCl or as NaHCO_3 (*Peters*). This does not mean that the Na ions are all equally mobile, and that their distribution is homogeneous throughout the extracellular fluid.

According to the experiments of *Mond* and *Netter*, at the surface of the muscle fibres there occurs a true condensation of Na ions which would be drawn by a force of attraction to the membrane. The ions of this perifibrillar sodium envelope would not enter into combination with the Cl anion. Measurements by *Mond* and *Netter* indeed, have established that the Na is in excess as compared with what it would be legitimate to expect from the quantities of Cl found.

Assuming, as we have done, the amount of Na to be equal to 142 mEq/l, and given that the equivalent cations total 155, it follows that in the extracellular fluid the other cations (K , Ca , Mg) are represented by a total of only 13 mEq/l, and therefore that the Na ions constitute 96.6 per cent of the plasma cations. K , Ca and Mg are distributed as follows: K 5 mEq, Ca 3, and Mg 3.

The concentration of K in the extracellular fluids is therefore 28.4 times less than that of Na .

All authors agree that plasma K is completely diffusible.

We can summarise the situation of the monovalent cations in the extracellular body fluids thus:

1. the Na ions form 96.6 per cent of the total extracellular cationic concentration,
2. the K ions are present in the extracellular fluids in a concentration about 28 times less than the concentration of the Na ions.

According to *Klinke* and *Neubner* 100 g of skeletal muscle contains 254 to 398 mg K and 100 g heart contains 264 mg. *Bircher* and *Rothlin* give the K content of muscle as 278 mg.

Assuming that the concentration of K ions is placed by *Levi* and *Gardino* at about 115 mEq, and by *Gamble* at about 150 mEq in each litre of cellular water, we obtain still larger percentage values

However, in the discordant data reported by various authors, there is still a definite gradation between the K content in the striated muscles, the heart, and the smooth muscles, the maximum concentration having been found in the striated muscles and the minimum in the smooth muscles

In frog striated muscle *Ernst* and *Scheffer*, *Katz*, *Urano*, *Fenn*, *Meigs* and *Ryan*, and *Dubusson* found the K content to be around 300 mg per cent. In man, the figure was slightly higher, about 300–400 mg per cent (*Katz*, *Harrison*, *Pilcher* and *Ewing*) and definitely 400 mg per cent (*Leulier* and *Pomme*). In the dog, the values were between 200 and 400 mg per cent (*Houssay* and *Marenzi*, *Cahn*). The K content of the heart was found to be less by *Kochmann*, *Zeehuysen*, *Leulier*, *Velluz* and *Griffon*. *Calhoun*, *Cullen*, *Clark* and *Harrison*, and *Wilkins* all draw attention to very interesting differences between the two ventricles, the left having a higher K content. *Constantino* and *Wilkins* concur in finding smooth muscle has a lower concentration of K (100 mg per cent) than either striated or heart muscle.

The K content of nerve tissue is higher. *Page* has given figures of 350–450 mg per cent, and values around 400 mg per cent were found in nerve by *Geraud*. This was confirmed by *Cowan* who found a concentration 13 times greater than that in plasma, and also by *Fenn*, *Schmitt* and *Bear*.

Leulier, *Bernard* and *Richard* noticed that in muscles degenerated by denervation a great decrease of K occurs, and *Cicardo* and *Gurevich* stated that this amounted to about 28 per cent (fresh tissue). The authors consider this decrease is related to an increase of cellular permeability. This is confirmed by the experiments of *Noonan*, *Fenn* and *Haeghe*, and *Lyman*, who have shown that the injection of radio active K into a denervated muscle provokes an increase of K up to 5 times the normal.

Closely connected with the problem of quantitative evaluation of potassium in the tissues is the problem of qualitative evaluation, that is, the problem of whether the K present in the tissues is in the diffusible state, and if so, in what percentage.

There is disagreement of opinions on this question. At the present time most authors believe that about four-fifth of the total muscular potassium is partially combined with the colloids.

The query whether nondiffusible K exists or not has been tackled with the technique of radioactive isotopes, and it was found

that tissue K is only partly replaceable by K^{42} (*Hevety, Hahn and Jacobsen, Backs*) These experiments are to be interpreted as showing the existence of K in the combined nondiffusible state

The experiments made by *Lenzi* and *Gaudino*, and by *Moore* are relevant and can be summarised as follows On injecting heavy water, equilibrium between the extracellular region and the cellular region is reached in not more than two hours, but it is 15 hours before equilibrium is reached between intracellular K and the K of the interstitial fluid when labeled K is injected

Having dealt at length with the value and state of intracellular K, what relates to intracellular Na cannot be summarised by quoting the definite statement by *Boulanger* 'There is an essential difference between tissue sodium and potassium Na is extracellular, K is intracellular' In fact, *Gamble* wrote concerning the Na and Cl ions, 'in spite of some slight reservation over sodium, the extracellular position of these two ions can be considered as being well established' Besides this prudent reservation of *Gamble's* it is necessary to note that *Peters*, who previously assigned an exclusively extracellular position to Na, seems to review this opinion slightly in his recent publications, weakening its absolute character

Darrow and *Pratt* are the authors who definitely place Na among the intracellular electrolytes and give its concentration at about 7 mEq per kilo of muscle, that is, according to their calculations, 110 mEq/l

The possibility of Na taking the place of the K removed from the cells is not a possibility of decrease

of Na and *Steinbaum's* experiments showed that muscles placed in *Ringer's* solution free from K can appropriate Na

Crimson and *Furman* noted that in cases of trauma, burns, etc the Na can pass from the extracellular fluids to the cells, while *Conway* and *Hingerty* observed that Na enters the muscle cells of rats kept on a diet without K and that, once it has entered, it comes out more slowly than the K re-enters As regards experiments dealing with the entry of Na into the muscle fibres during contraction, we refer to a paragraph below

We can summarise the situation of the monovalent cations within the muscle fibre as follows

- 1 the potassium is contained in strong concentration within the muscle fibres, with maximum values of about 400 mg

per cent in the striated muscle fibres, of 250 mg per cent in the myocardial fibres, and of 100 mg per cent in the smooth muscle fibres,

- 2 it is obvious that the maximum part of the intracellular potassium is in the form of osmotically inactive organo potassium compounds,
- 3 the sodium ions contained within the cardiac muscle fibres do not in normal conditions exceed one twentieth of the total quantity of potassium ions

The asymmetrical partition of the Na and K cations on the two sides of the membrane leads to the expectation that two concentration gradients will occur,

- a) an intra-extracellular potassium gradient for the strong concentrations of K within the muscle fibre and the weak concentrations of K outside the fibre,
- b) an extra-intracellular sodium gradient for the strong Na concentrations outside the muscle fibre and the weak concentrations within the fibre

The conservation of these gradients within physiological limits

is an indispensable condition for normal muscular contraction

The following pages will discuss the reasons why it is necessary to have a definite ratio between the large available quantity of intracellular K and extracellular Na and the small available quantity of extracellular K and intracellular Na in order that muscular work may be performed normally

Experiments by various authors show continuous vigilance on the part of the body in order that the potassium gradient be preserved. All the causes which reduce the K in the extracellular fluids make K pass out of the cells and vice versa, that is, the movements of the two concentrations are concordant (*Darrow and Miller, Heppel*)

In another work we have summarized the contributions which document the movement of potassium out of, and the movement of sodium into, the muscle fibre during contraction and which may be summarized under the following headings

- 1 Muscular contraction is accompanied by the exit of potassium from the myofibrillar elements
- 2 The exit of potassium occurs parallel with an entry of sodium
- 3 These two phenomena have been confirmed and defined quantitatively by means of the direct technique of the isotopes of Na and K

- 4 The diminution of intracellular amounts of potassium represent a constant finding in muscles incapable of efficient function
- 5 Digitalis drugs administered in toxic doses can impoverish the myocardium potassium

On the other hand experiments with solutions of K salts had resulted in the observation that the K ion has the property of determining muscular contraction

These experiments showed that

- ✓ 1 the K ion can determine a muscular contraction resistant to any antagonistic drug,
- 2 the K ion determines a maximum muscular contraction which cannot be exaggerated by other substances or by other contractile stimulants including electric current

Fleckenstein and Hertel in 1948 set themselves the task of elucidating what part of the muscular contraction due to K^+ belongs to this ion and what part depends on the removal of the Na^+ cation which was necessarily effected in the perfusion fluid in order to maintain the iso-osmosis of the system

Using the rectus muscle of the frog, they studied the length of the muscle in increasing concentrations of K^+ and decreasing concentrations of Na^+ . Shortening was found to increase progressively with the increase of the K^+ concentration and with the decrease of the Na^+ concentration. Return to an environment rich in Na^+ produced a rapid relengthening of the muscle preparation. There was thus a quantitative demonstration that

- 1 the mechanical functional state of the muscle fibre depends very closely on the sum of the extracellular cations,
- 2 the working capacity of the preparation is lost with the progressive levelling of the intra-extracellular concentrations of the cations

The shortening of a muscle placed in a solution free from Na^+ is reversible, and the muscle relengthens rapidly when placed in a solution containing Na^+ , at the same time acquiring again the lost excitability

Fleckenstein and Hertel have established the existence of close relations between muscular contraction from an increase of extracellular K^+ and muscular contraction from subtraction of Na^+ . A muscle which has undergone a contraction x through subtraction of Na^+ undergoes, when placed in a solution of KCl, a shortening y . This shortening is

less pronounced than the maximum shortening obtainable with K^+ , but it is such that $x + y$ attains the maximum value itself

The potassium contraction is therefore, complementary to the low sodium contraction, and the contractile effect of the K^+ ions occurs only when there is still some Na^+ removable from the surface of the muscle fibres

Considering the question from a mathematical point of view, *Fleckenstein* demonstrated that there can be justification for holding that the energy of contraction is not obtained from the enzymatic splitting of a chemical system, but that on the contrary it is liberated from an exchange of diffusion between K^+ and Na^+

A complicated calculation made by *Schaefer* and *Wolf* has shown that the osmotic energy liberated by the K/Na exchanges in 1 g of frog muscle furnishes a quantity of energy three times that which can be liberated by the complete breakdown of the adenosine triphosphoric acid contained in it

According to *Fleckenstein*, the stages of glycogen metabolism in the muscle have the task of recharging this primary osmodynamic battery. They would be employed in shifting anew the cations in the direction of the slope of their gradient

Somogyi and *Verzár* calculated that for 1 mg of K^+ which leaves the muscle fibre, there is a liberation of energy equal to 4000 gcm (figure given by *Verzár*), this is the energy necessary to determine the fixation of 1 mg of K^+ in the muscle cells

Starting from personal experiments, *Fleckenstein* has calculated the energy necessary for introducing 1 mg of K^+ into the muscle fibres to be 6700 gcm and also that the osmotic energy liberated in the muscular system during contraction is able to meet fully the cost of the mechanical work of the muscle

Interesting contributions to this problem have been made by *Hodgkin* and *Huxley* who experimented on the nerves of *Carcinus moenas* with the help of the isotopes of Na and K. These authors have calculated that 1 g of nerve is capable of producing in 1 second osmotic work which, expressed as mechanical work, would be sufficient to raise a weight of 1 g to a height of 0.5 m each second

To the experimental data of *Heynes* and *Lewis*, made with isotopes of Na and K on the giant nerve fibres of cuttle-fish, *Fleckenstein* has applied a reversible isothermic equation. He calculated that the work needed for the reabsorption of 1 g of K^+ into the fibre corresponds to 144.5 calories and the work in expelling the Na^+

from the fibre corresponds to 90.27 calories, further, that the consumption of O_2 by the nerve subjected to this work is quite 6 times the consumption when at rest, an efficiency of 25 per cent being assumed, with a lower efficiency, the amount of O_2 would be still greater.

The high energy values shown by these calculations agree with the idea that the main function of the oxidative exchange in the muscle and nerve fibres is that of restoring the accumulation of intracellular K^+ , that is to reconstitute powerful gradients of K^+ and Na^+ .

The energy of the system was found to depend logarithmically on the ratio of the intra-extracellular concentrations of K^+ and Na^+ according to the following formula

$$E = RT^* \left(\ln \frac{K^+}{K_e^+} + \ln \frac{Na_e^+}{Na^+} \right)$$

The experimental curve expressing the real amount of the successive muscle shortenings very closely approximates to the curve of K^+ .

the prep

due to K^+ but increases its period of latency

An important point in order to be in a position to proceed to an accurate evaluation of the electrocardiographic changes which are considered typical of hyper- or hypokalemia is the following: we must establish the relationship between the electrolytic balance and the appearance of bioelectric phenomena in the muscular fibre.

Kuffer and Biedermann noted that muscle fibres in surroundings rich in K^+ contracted in parallel to the discharge of their potential of rest. A general decrease of the muscle and nerve potentials proportional to the increase of the K^+ content of the

the logarithm of the extracellular concentration of K^+ except for very low concentrations

Goffard and Perry recently made interesting investigations with 42 K^+ on striped muscle to elucidate the mode of increase of the maximum contraction which follows treatment with small doses of adrenalin and noradrenalin. They have been able to show that

less pronounced than the maximum shortening obtainable with K^+ , but it is such that $x + y$ attains the maximum value itself

The potassium contraction is therefore, complementary to the low sodium contraction, and the contractile effect of the K^+ ions occurs only when there is still some Na^+ removable from the surface of the muscle fibres

Considering the question from a mathematical point of view, *Fleckenstein* demonstrated that there can be justification for holding that the energy of contraction is not obtained from the enzymatic splitting of a chemical system, but that on the contrary it is liberated from an exchange of diffusion between K^+ and Na^+

A complicated calculation made by *Schaefer* and *Wolff* has shown that the osmotic energy liberated by the K/Na exchanges in 1 g of frog muscle furnishes a quantity of energy three times that which can be liberated by the complete breakdown of the adenosine-triphosphoric acid contained in it

According to *Fleckenstein*, the stages of glycogen metabolism in the muscle have the task of recharging this primary osmodynamic battery. They would be employed in shifting anew the cations in the direction of the slope of their gradient

Somogyi and *Verzar* calculated that for 1 mg of K^+ which leaves the muscle fibre, there is a liberation of energy equal to 4000 gcm (figure given by *Verzar*), this is the energy necessary to determine the fixation of 1 mg of K^+ in the muscle cells

Starting from personal experiments, *Fleckenstein* has calculated the energy necessary for introducing 1 mg of K^+ into the muscle fibres to be 6700 gcm and also that the osmotic energy liberated in the muscular system during contraction is able to meet fully the cost of the mechanical work of the muscle

Interesting contributions to this problem have been made by *Hodgkin* and *Huxley* who experimented on the nerves of *Carcinus moenas* with the help of the isotopes of Na and K. These authors have calculated that 1 g of nerve is capable of producing in 1 second osmotic work which, expressed as mechanical work, would be sufficient to raise a weight of 1 g to a height of 0.5 m each second

To the experimental data of *Keynes* and *Lewis*, made with isotopes of Na and K on the giant nerve fibres of cuttle-fish, *Fleckenstein* has applied a reversible isothermic equation. He calculated that the work needed for the reabsorption of 1 g of K^+ into the fibre corresponds to 144.5 calories and the work in expelling the Na^+

from the fibre corresponds to 90.27 calories, further, that the consumption of O_2 by the nerve subjected to this work is quite 6 times the consumption when at rest, an efficiency of 25 per cent being assumed. With a lower efficiency, the amount of O_2 would be still greater.

The high energy values shown by these calculations agree with the idea that the main function of the oxidative exchange in the muscle and nerve fibres is that of restoring the accumulation of intracellular K^+ , that is to reconstitute powerful gradients of K^+ and Na^+ .

The energy of the system was found to depend logarithmically on the ratio of the intra-extracellular concentrations of K^+ and Na^+ according to the following formula:

$$E = RT \left\{ n \ln \frac{K_i^+}{K_o^+} + \ln \frac{Na_i^+}{Na_o^+} \right\}$$

The experimental curve expressing the real amount of the successive muscle shortenings very closely approximates to the curve of the above equation provided the Ca^{++} is eliminated from the preparation. This ion does not inhibit the muscular contraction due to K^+ but increases its period of latency.

An important point in order to be in a position to proceed to an accurate evaluation of the electrocardiographic changes which are considered typical of hyper- or hypokaliemia is the following: we must establish the relationship between the electrolytic balance and the appearance of bioelectric phenomena in the muscular fibre.

Kuffer and Biedermann noted that muscle fibres in surroundings rich in K^+ contracted in parallel to the discharge of their potential of rest. A general decrease of the muscle and nerve potentials proportional to the increase of the K^+ content of the perfusion liquid was observed by *Graham and Baril*, *Hodgkin*, *Waller* and *Katz*.

In this connection *Shanes and Hopkins* state that the depolarisation by K^+ of the nerve of crustaceans is in linear relation with the logarithm of the extracellular concentration of K except for very low concentrations.

Goffard and Perry recently made interesting investigations with 42 K on striped muscle to elucidate the mode of increase of the maximum contraction which follows treatment with small doses of adrenalin and noradrenalin. They have been able to show that

the increase of the "normal maximum twitch tension" runs parallel to an increase of the potential of rest, and to a diminution of the concentration of 42 K in the perfusate of the muscle, almost as if it were necessary to maintain the high intracellular levels of K

In other recent experiments, *Goffart* has been able to establish that the adrenalin potentiation of the muscular contraction is closely dependent on the intra-extracellular ionic equilibrium, an excess of K in the extracellular medium decreases and suppresses adrenalin potency of the maximal contraction and the same effect follows with a loss of the intracellular potassium content (this phenomenon is reversible)

These experiments confirm (also with direct determination by means of radio-isotopes of K)

- 1 the importance of the activity of the cationic gradients,
- 2 the parallelism between mechanical phenomena and differences in potential of rest

Fleckenstein affirms that the formula given on page 177 expresses, besides the capacity of muscular mechanical work, also the height of the membrane potentials in agreement with *Bernstein*

He has demonstrated that the differences in cationic concentration are transformed into electrical potentials with the same logarithmic relation to the mechanical work

The capacity of the cationic gradients for determining electrical work rests on the muscular membrane's fundamental property of permitting a different speed of migration of the ions through its "pores" Putting the speed of diffusion of K^+ equal to 1, according to *Michaelis* and *Fujita* the speed of migration of the cations of the first group is the following -

$Li^+ 0.0048$, $Na^+ 0.145$, $K^+ 1$, $Rb^+ 2.8$ The strongly hydrated ions such as those of Li^+ and Na^+ pass through the membranes with more difficulty, those which are very mobile, because they have a scanty water envelope, do so more rapidly

In the case of muscular contraction, the K^+ ions come out more quickly than the Na^+ ions enter, this is sufficient because there may be the possibility of electrical work

Applying the formula of *Nernst* for the diffusion potentials

$$P = \frac{U^k - V^{Na}}{U^k + V^{Na}} \quad 0.0001983 \cdot T \cdot \log \frac{C}{C^1} \quad \text{volt}$$

U and V being the speeds of exchange of the K^+ and Na^+ cations respectively, T° the absolute temperature and $\frac{C}{C'}$ the ratio of the intra extra concentrations. If the membrane reduces the speed of diffusion of Na^+ to a minimum while remaining permeable to K^+ , we shall have for a temperature of 37°

$$P = \frac{1-0}{1+0} \quad 0.0001983 \quad 310^\circ, \log 20 = 0.08 \text{ volt}$$

If the membrane does not at all influence the speed of diffusion of the Na^+ (which in such a case would be equal to its speed of diffusion in water relatively to K^+ , that is, 0.65) we shall have

$$P = \frac{1-0.65}{1+0.65} \quad 0.0001983 \quad 310^\circ \log 20 = 0.017 \text{ volt}$$

This shows the great importance

- 1 of the ratio of concentration (cationic gradient),
- 2 of the different permeability of the membrane to the two alkaline cations

It further results from this equation that an increase in permeability of the membrane, as occurs during excitation, will cause a drop in the potential at the point of stimulation, as had been stated by *Hoeder* and by *Ebbecke* and as has been fully confirmed in numerous experimental investigations

We must therefore consider that the energy for the differences in potential of action is situated in the double electrical layers of the membrane at rest. Excitement determines discharge by means of 'breakdown' which permits the entrance of the Na ions.

Fleckenstein makes an accurate calculation of the electrical work of the muscular membranes based on the amounts of K^+ coming out and of Na^+ going in, and finds a value of 3778 gcm, a value very close to and therefore agreeing with, the figure of *Verzar* (4000 gcm).

According to the theory now stated, the possibility of utilising the energy contained in the selective accumulation of K and Na on the one and other side of the cellular membrane, must be regarded as fundamental for the function of muscular contraction. The charge of the system is maintained at the expense of the restorative metabolism.

Szent-Gyorgyi regards dehydration as an essential element in the contraction of actomyosin. The actomyosin-ATP combination loses more than 50 per cent of the water it has absorbed and thus goes into contraction.

The theory of the electrolytes also emphasises that dehydration of the fibres causes them to shorten. According to this theory, the fundamental condition which maintains the extended state of the muscular fibre (maximum aptitude for work) is represented by the saturation of the external boundary layers of the membrane with strongly hydrated Na ions. In the state of rest these layers become strongly hydrated through the saturation with Na^+ ions. Considering the strong electrical fields which infiltrate the membrane at rest, one must think of a rigid alignment of dipoles. This will also solidify the membrane from the static point of view.

The substitution of Na^+ by K^+ during excitation will enormously reduce the water deposited on the external face of the membrane in view of the scanty hydration of the K^+ ions. The rigid alignment of the dipoles will be eliminated and the distended threads of myosin will thus have the means to shorten themselves.

During the restoration phase, the K^+ re-enters the muscle fibres and the Na^+ reacquires its peri-fibrillar situation. There will be a renewal of the tension exercised by the Na-water combination around the threads of actomyosin which thus resume in extension the working capacity which they had lost during contraction.

We propose to demonstrate in this article that the myocardial contraction and the appearance of action-potentials are functions for which the normality of the electrolytic field is of fundamental importance.

For the normality of these functions we cannot consider as the only determining factor a single electrolyte, that is to say, the normality of its blood concentration, but we must bear in mind those physiological disturbances of balance which exist between the various cations and in particular between K and Na.

This is the reason why we find ourselves in doubt in the face of those orientations which exactly deduct the K serum concentrations from the pattern of the electrocardiographic records.

We give below a summary of the results of some of our findings.

We have shown in the preceding pages that in diabetic coma, situations can arise, in which both the cellular and plasmatic potassium, are extremely but proportionally reduced, this situation allows

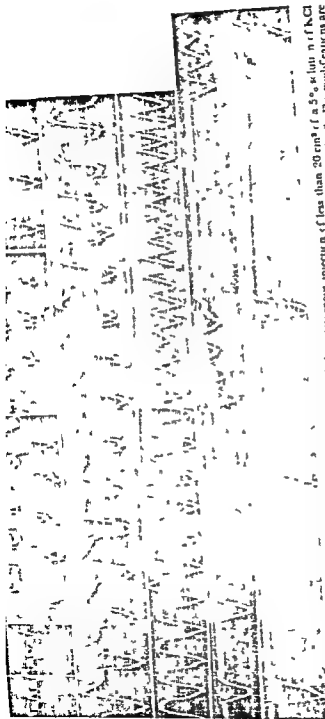


Fig. 1. ECG tracing modifications which immediately followed the intravenous injection of less than 20 mm³ of a 5% solution of NaCl (about 13 ml.) in a patient with diabetic coma. Before treatment serum potassium was 2.5 mEq/l., sodium 120 mEq/l. The modifications appeared in V₂ lead. After brief crises of tachycardia and ventricular fibrillation a typical electrocardiogram (fig. 1) and potassium rapidly appeared. In spite of the initial low level of potassium in the blood the introduction of a small intravenous dose of NaCl caused a sudden flattening of the potassium gradient. Compare with modified tracings obtained experimentally in the tissue with rapid and massive potassium using NaCl - Fig. 5.

Szent-Gyorgyi regards dehydration as an essential element in the contraction of actomyosin. The actomyosin-ATP combination loses more than 50 per cent of the water it has absorbed and thus goes into contraction.

The theory of the electrolytes also emphasises that dehydration of the fibres causes them to shorten. According to this theory, the fundamental condition which maintains the extended state of the muscular fibre (maximum aptitude for work) is represented by the saturation of the external boundary layers of the membrane with strongly hydrated Na ions. In the state of rest these layers become strongly hydrated through the saturation with Na^+ ions. Considering the strong electrical fields which infiltrate the membrane at rest, one must think of a rigid alignment of dipoles. This will also solidify the membrane from the static point of view.

The substitution of Na^+ by K^+ during excitation will enormously reduce the water deposited on the external face of the membrane in view of the scanty hydration of the K^+ ions. The rigid alignment of the dipoles will be eliminated and the distended threads of myosin will thus have the means to shorten themselves.

During the restoration phase, the K^+ re-enters the muscle fibres and the Na^+ reacquires its peri-fibrillar situation. There will be a renewal of the tension exercised by the Na-water combination around the threads of actomyosin which thus resume in extension the working capacity which they had lost during contraction.

We propose to demonstrate in this article that the myocardial contraction and the appearance of action-potentials are functions for which the normality of the electrolytic field is of fundamental importance.

For the normality of these functions we cannot consider as the only determining factor a single electrolyte, that is to say, the normality of its blood concentration, but we must bear in mind those physiological disturbances of balance which exist between the various cations and in particular between K and Na.

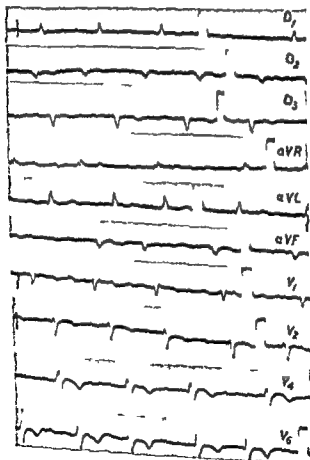
This is the reason why we find ourselves in doubt in the face of those orientations which exactly deduct the K serum concentrations from the pattern of the electrocardiographic records.

We give below a summary of the results of some of our findings.

We have shown in the preceding pages that in diabetic coma, situations can arise, in which both the cellular and plasmatic potassium, are extremely but proportionally reduced, this situation allows

below the normal we can observe the appearance of important ecg-graphic modifications which are very like those which are considered typical of hyperkalemia (fig. 1)

We report a second case which is significant for the mutual relations between plasmatic potassium and sodium. In cases of anuric characteristic conditions may be determined by Na retention while the blood potassium remains within the normal limits. This condition coincides with the electrocardiogram recorded (fig. 2) from an anuric patient with a potassiemia of 5.8 mEq/l and with a natriemia of 172 mEq/l



a normal contractile function and does not determine any modification in the electrocardiogram.

It is therefore a case of hypokaliemia which does not register on the electrocardiogram.

If in these conditions we administer small quantities of K, these in themselves are not sufficient to cause the kaliemia to return to normal, but may be sufficient to disturb a balance which had been maintained and which thus is broken. With a kaliemia which is

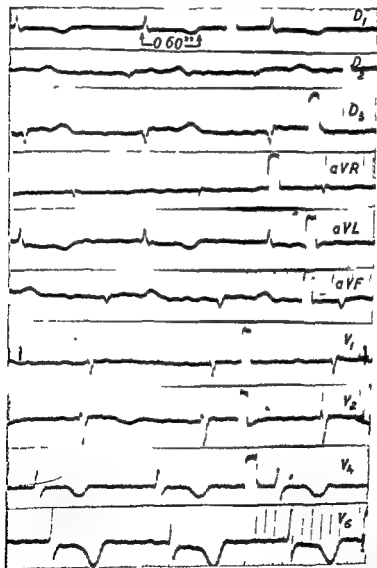


Fig. 1. — — — — — myocardial ischemia
 - - - - - QT/RR ratio

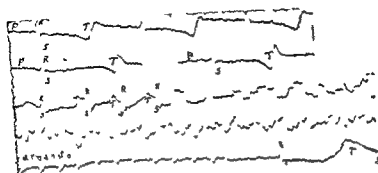


Fig. 5. Electrocardiographic mod features in the heart.

as at record after 30 minutes

recorded in our diabetic patient, but in the latter the potassium, even after the administration of K, was below normal.

In conclusion we may assume that

- 1 The importance of the electrolytes in the contractile function and in the increase of action potentials is fundamental.
- 2 The normal contraction and the normal appearance of the bio electrical phenomena require that the same relations be maintained between the concentrations of the various electrolytes, especially K and Na.
- 3 The organism strongly defends these relations which we have called ionic gradients.
- 4 The normality of the gradients may also be maintained under conditions of depletion and retention. In these cases no electrocardiographic changes correspond to low or high potassium levels.
- 5 Other pictures permit us to look at a condition of disturbed balance because of a prevalence of extracellular K. Such patterns may be found also in the case of a low potassium after administration of high doses of K. Such a possibility has been reported.
- 6 Other pictures permit us to look at a condition of disturbed balance for an increase of extracellular Na. It does not seem right to give the responsibility for such modifications to a condition of hypokalemia, seeing that the disturbance of

References

- Bernstein J Unters aus dem Physiol Inst Halle 7, 1888
- Bircher R und E Rothlin Arch Wschr 3 3, 1957.
- Boulanger, P La Na et le k dans l'organisme animal Exposé ann ds Buch Med VI série, 1916
- Brown G L J Amer med Ass 124, 9, 1944, 124, 545, 1949
- Cohn T C R Soc Biol Paris 113, 39 1933
- Calhoun, I A, G E Cullen, G Clarke and T R Harrison J clin Invest 9, 353, 1930
- Cannon P R, et al Metabolism 1-1-1952 a, 1, 49, 1952, 2, 297, 1953
- Cicardo, I H Rev Soc argent Biol 14, 370, 1939, 15, 318, 1939, 17, 81, 1941a, 17 404, 1941b, 17, 404, 1941c
- Id Importancia biologica del potasio El Ateneo, Buenos Aires 1947
- Cicardo I H, and I Gutierrez Rev Soc argent Biol 18, 303, 1942
- Constantino, I Biochem Z 37, 52, 1911
- Conway E J, and D Hangerly Biochem J 42, 372, 1948
- Cowan, S L Proc roy Soc Biol 115, 216 1931
- Crismon, C, and P Furman Science 104, 400, 1946
- Darrac, D C, and H C Miller J clin Invest 21, 601, 1942
- Darrac D C and F L Pratt J Amer med Ass 143, 365, 1950
- Dubuisson M Arch int Physiol 52, 439, 1942
- Id Experientia 3 213 1947
- Ebbelcke, L Pflügers Arch ges Physiol 190, 250 1921, 195, 300, 1922, 197, 482, 1923
- Engelhard, H A, and Ljubimova Nature 114, 668, 1939
- Ernst, E, and L Schaffer Pflügers Arch ges Physiol 220, 655, 1928
- Evans, H Brit Heart J 11 68 1949
- Fenn R O Amer J Physiol 127, 336, 1939
- Id
- Id
- Id
- Fleckenstein, A Klin Wschr 21, 360 1949
- Id Die periphere Schmerzlosung und Schmerzausschaltung Steinkopff Darmstadt 1950
- Fleckenstein A und H Herold Pflügers Arch ges Physiol 250, 577 1948
- Gamble T C Chem
- Gerran
- Id I
- Goffart M Arch int Physiol 40 318 1952
- Id C R Soc Biol Paris 141, 1278 1947
- Goffart M and B L M Perry Physiology 112 95 1951
- Graham H T, and H A Blair J gen Physiol 30 493 1947
- Heppel L A Amer J Physiol 127, 385 1939, 128 449 1939
- Hodgkin, A L Biol Rev 26 339 1951
- Hodgkin A L and A F Huxley Nature 158, 376 1946
- Id Brit J Physiol 106 341 1947
- Haber R Physikal Chemie der Zelle und Gewebe Engelmann, Leipzig 1926
- Hausway B and A D Maren, Rev Soc argent Biol 13 139, 1937
- Katz B J Lab clin Med 6 291 1923
- Kat B Proc Roy Soc Biol 124, 244 1937
- Id J Physiol 106 411 1947
- Keyes R D and P R Lewis 18 Int Congr Physiol Copenhagen 371 1950

balance may be provoked by an increase of Na with normal or even increased serum potassium.

7. It is probable that the retention of sodium in congestive heart failure plays a pathogenetic role, which is more complex than is generally believed and which has a point of attack on the contractile function of the myocardium.



Fig 6 Electrocardiographic modifications in the tortoise following injection of 2 mEq of KCl. The QRS time lengthens from 0.10 to 0.30. Note the premature negative J and ST. The last tracing is very much like the last tracing of Fig 1, recorded in a man.

Aus dem Pharmakologischen Laboratorium der Sandoz AG, Basel

Zur Wirkung der herzwirksamen Glykoside auf den Myokardstoffwechsel

Von E. ROTHLIN und M. TIESCHLER

I. Einleitung

Die umfassende Literatur über die pharmakologischen und therapeutischen Wirkungen der herzwirksamen Glykoside geht auf mehr als 150 Jahre zurück und wurde wiederholt in ausführlichen Monographien zusammengefaßt^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20}. Es unterliegt heute keinem Zweifel, daß die therapeutische Wirkung dieser Pharmaka bei den verschiedensten Formen der Herzinsuffizienz in erster Linie auf einem primären kardialen Angriffspunkt beruht. Von Wichtigkeit ist der Befund, daß nur die Kontraktilität des geschädigten und insuffizienten Herzens verbessert, wogegen das gesunde suffiziente Herz durch die Glykoside wenig oder nicht beeinflußt wird. Den Herzglykosiden kommen neben den kardialen noch weitere sogenannte ekstrakardiale Wirkungen auf das Zentralnervensystem (Vagus), auf die Niere, die Darmmuskulatur etc. zu. Diese liegen aber in ihrer Bedeutung hinter dem kardialen Effekt zurück. Wenn die Wirkung der Glykoside auf die Dynamik des Herzens in ihrer Erscheinung ziemlich gut bekannt ist, so wissen wir wenig über den

— Sandoz studium setzt eine genaue Kenntnis der Phy-

Man bittet die Arbeit wie folgt zu zitieren

Rothlin, E und Tieschler M. Zur Wirkung der herzwirksamen Glykoside auf den Myokardstoffwechsel Fortschr Kardiol 1, 189-239 S Karger, Basel/New York 1956

- Alinko, A. Der Mineralstoffwechsel Handb der Bioch des Menschen und der Tiere von C. Oppenheimer. Ergänzungswerk III, 497. Fischer, Jena 1936
- Kochmann, M. Pflügers Arch ges Physiol 119, 417, 1907
- Lard, H. A., and W. Ziegler. J. biol. Chem. 159, 343, 1945
- Lenzi, F., and A. Campeggi. Acta med scand 146, 300, 1953
- Id. On the nature of the myocardial contraction, a study of the electrolytes. Karger, Basel/New York 1953
- Leulier, A., J. Bernard and G. Bernard. ibid 112, 898, 1933
- Leulier, A., and D. Pomme. Proc roy Soc Med 69, 1353, 1943
- Leulier, A., I. Velluz and H. Griffon. C. R. Soc Biol, Paris 119, 201, 1928
- Levitt, M. E., and M. Gaudino. Amer J Physiol 159, 67, 1949
- Lyman, C. P. Amer J Physiol 132, 392, 1942
- Mach, R. S. Acta med scand 146, 42, 1953
- Meig, E. B., and L. A. Ryan. J. biol. Chem. 2, 401, 1912
- Michaels, L., and A. Fujita. Bioch 7 159, 370, 1925
- Mond, R., and H. Netter. Amer J Physiol 101, 816, 1932
- Id. Pflügers Arch ges Physiol 230, 42, 1932
- Moore, R. M. J. Amer med Ass 141, 646, 1949
- Noonan, T. R., W. O. Fenn and L. Haege. Proc Amer Physiol, New Orleans 1940
- Oertson, F. Pflügers Arch ges Physiol 92, 346, 1902a, 92, 115, 1902b, 105, 176, 1904
- Page, I. H. Chemistry of the brain. London 1937
- Id. Neurochemistry. Blackwell, Oxford 1954
- Peters, J. P. New Engl J Med 229, 353, 1948
- Schmitt, F. O., and R. S. Bear. Amer J Physiol 126, 621, 1939
- Shanes, A. M. and H. S. Hopkins. J. Neurophysiol 11, 331, 1948
- Somogyi, I. C., and F. Verzar. Helv med Acta Suppl 7, 81, 1940/41
- Id. Arch int Pharmac Therap 65, 17, 1941
- Steinbach, H. B. J. biol. Chem. 133, 695, 1940
- Id. Ann N.Y. Acad. Sci. 47, 849, 1947
- Szent-Györgyi, A. Acad. Press, Int. New York 1951
- Szent-Györgyi, A., Z. M. Darg and M. Goffart. Nature 143, 522, 1939
- Urano, F. Z. Biol 50, 212, 1908a, 51, 483, 1908b
- Verzar, F. Schweiz med Wschr 71, 878, 1941, 72, 661, 1942
- Id. Vitam u. Hormone 1, 85, 1941
- Id. Theorie der Muskelkontraktion. Rektoratsprog. Univ., Basel 1912/43
- Walker, W. G. Amer J Physiol 154, 63, 1948
- Wiggers, C. I., and I. A. Katz. Ibid 58, 439, 1922
- Wilkins, H. E. Proc Soc exp Biol, N.Y. 31, 1017, 1934
- Zeehousen, H. Arch. Neerl. Physiol 12, 295, 1927

Author's address: Prof. Dott. F. Lenzi
Istituto di Patologia speciale Medica,
Università di Siena - Siena (Italia)

Aus dem Pharmakologischen Laboratorium der Sandoz AG, Basel

Zur Wirkung der herzwirksamen Glykoside auf den Myokardstoffwechsel

Von E. ROTHLIN und M. TAESCHLER

I. Einleitung

Die umfassende Literatur über die pharmakologischen und therapeutischen Wirkungen der herzwirksamen Glykoside geht auf mehr als 150 Jahre zurück und wurde wiederholt in ausführlichen Monographien zusammengefaßt^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32,33,34,35,36,37,38,39,40,41,42,43,44,45,46,47,48,49,50,51,52,53,54,55,56,57,58,59,60,61,62,63,64,65,66,67,68,69,70,71,72,73,74,75,76,77,78,79,80,81,82,83,84,85,86,87,88,89,90,91,92,93,94,95,96,97,98,99,100,101,102,103,104,105,106,107,108,109,110,111,112,113,114,115,116,117,118,119,120,121,122,123,124,125,126,127,128,129,130,131,132,133,134,135,136,137,138,139,140,141,142,143,144,145,146,147,148,149,150,151,152,153,154,155,156,157,158,159,160,161,162,163,164,165,166,167,168,169,170,171,172,173,174,175,176,177,178,179,180,181,182,183,184,185,186,187,188,189,190,191,192,193,194,195,196,197,198,199,200,201,202,203,204,205,206,207,208,209,210,211,212,213,214,215,216,217,218,219,220,221,222,223,224,225,226,227,228,229,230,231,232,233,234,235,236,237,238,239,240,241,242,243,244,245,246,247,248,249,250,251,252,253,254,255,256,257,258,259,260,261,262,263,264,265,266,267,268,269,270,271,272,273,274,275,276,277,278,279,280,281,282,283,284,285,286,287,288,289,290,291,292,293,294,295,296,297,298,299,300,301,302,303,304,305,306,307,308,309,310,311,312,313,314,315,316,317,318,319,320,321,322,323,324,325,326,327,328,329,330,331,332,333,334,335,336,337,338,339,340,341,342,343,344,345,346,347,348,349,350,351,352,353,354,355,356,357,358,359,360,361,362,363,364,365,366,367,368,369,370,371,372,373,374,375,376,377,378,379,380,381,382,383,384,385,386,387,388,389,390,391,392,393,394,395,396,397,398,399,400,401,402,403,404,405,406,407,408,409,410,411,412,413,414,415,416,417,418,419,420,421,422,423,424,425,426,427,428,429,430,431,432,433,434,435,436,437,438,439,440,441,442,443,444,445,446,447,448,449,450,451,452,453,454,455,456,457,458,459,460,461,462,463,464,465,466,467,468,469,470,471,472,473,474,475,476,477,478,479,480,481,482,483,484,485,486,487,488,489,490,491,492,493,494,495,496,497,498,499,500,501,502,503,504,505,506,507,508,509,510,511,512,513,514,515,516,517,518,519,520,521,522,523,524,525,526,527,528,529,530,531,532,533,534,535,536,537,538,539,540,541,542,543,544,545,546,547,548,549,550,551,552,553,554,555,556,557,558,559,560,561,562,563,564,565,566,567,568,569,570,571,572,573,574,575,576,577,578,579,580,581,582,583,584,585,586,587,588,589,590,591,592,593,594,595,596,597,598,599,600,601,602,603,604,605,606,607,608,609,610,611,612,613,614,615,616,617,618,619,620,621,622,623,624,625,626,627,628,629,630,631,632,633,634,635,636,637,638,639,640,641,642,643,644,645,646,647,648,649,650,651,652,653,654,655,656,657,658,659,660,661,662,663,664,665,666,667,668,669,670,671,672,673,674,675,676,677,678,679,680,681,682,683,684,685,686,687,688,689,690,691,692,693,694,695,696,697,698,699,700,701,702,703,704,705,706,707,708,709,710,711,712,713,714,715,716,717,718,719,720,721,722,723,724,725,726,727,728,729,730,731,732,733,734,735,736,737,738,739,740,741,742,743,744,745,746,747,748,749,750,751,752,753,754,755,756,757,758,759,760,761,762,763,764,765,766,767,768,769,770,771,772,773,774,775,776,777,778,779,780,781,782,783,784,785,786,787,788,789,790,791,792,793,794,795,796,797,798,799,800,801,802,803,804,805,806,807,808,809,810,811,812,813,814,815,816,817,818,819,820,821,822,823,824,825,826,827,828,829,830,831,832,833,834,835,836,837,838,839,840,841,842,843,844,845,846,847,848,849,850,851,852,853,854,855,856,857,858,859,860,861,862,863,864,865,866,867,868,869,870,871,872,873,874,875,876,877,878,879,880,881,882,883,884,885,886,887,888,889,890,891,892,893,894,895,896,897,898,899,900,901,902,903,904,905,906,907,908,909,910,911,912,913,914,915,916,917,918,919,920,921,922,923,924,925,926,927,928,929,930,931,932,933,934,935,936,937,938,939,940,941,942,943,944,945,946,947,948,949,950,951,952,953,954,955,956,957,958,959,960,961,962,963,964,965,966,967,968,969,970,971,972,973,974,975,976,977,978,979,980,981,982,983,984,985,986,987,988,989,990,991,992,993,994,995,996,997,998,999,1000,1001,1002,1003,1004,1005,1006,1007,1008,1009,1010,1011,1012,1013,1014,1015,1016,1017,1018,1019,1020,1021,1022,1023,1024,1025,1026,1027,1028,1029,1030,1031,1032,1033,1034,1035,1036,1037,1038,1039,1040,1041,1042,1043,1044,1045,1046,1047,1048,1049,1050,1051,1052,1053,1054,1055,1056,1057,1058,1059,1060,1061,1062,1063,1064,1065,1066,1067,1068,1069,1070,1071,1072,1073,1074,1075,1076,1077,1078,1079,1080,1081,1082,1083,1084,1085,1086,1087,1088,1089,1090,1091,1092,1093,1094,1095,1096,1097,1098,1099,1100,1101,1102,1103,1104,1105,1106,1107,1108,1109,1110,1111,1112,1113,1114,1115,1116,1117,1118,1119,1120,1121,1122,1123,1124,1125,1126,1127,1128,1129,1130,1131,1132,1133,1134,1135,1136,1137,1138,1139,1140,1141,1142,1143,1144,1145,1146,1147,1148,1149,1150,1151,1152,1153,1154,1155,1156,1157,1158,1159,1160,1161,1162,1163,1164,1165,1166,1167,1168,1169,1170,1171,1172,1173,1174,1175,1176,1177,1178,1179,1180,1181,1182,1183,1184,1185,1186,1187,1188,1189,1190,1191,1192,1193,1194,1195,1196,1197,1198,1199,1200,1201,1202,1203,1204,1205,1206,1207,1208,1209,1210,1211,1212,1213,1214,1215,1216,1217,1218,1219,1220,1221,1222,1223,1224,1225,1226,1227,1228,1229,1230,1231,1232,1233,1234,1235,1236,1237,1238,1239,1240,1241,1242,1243,1244,1245,1246,1247,1248,1249,1250,1251,1252,1253,1254,1255,1256,1257,1258,1259,1260,1261,1262,1263,1264,1265,1266,1267,1268,1269,1270,1271,1272,1273,1274,1275,1276,1277,1278,1279,1280,1281,1282,1283,1284,1285,1286,1287,1288,1289,1290,1291,1292,1293,1294,1295,1296,1297,1298,1299,1300,1301,1302,1303,1304,1305,1306,1307,1308,1309,1310,1311,1312,1313,1314,1315,1316,1317,1318,1319,1320,1321,1322,1323,1324,1325,1326,1327,1328,1329,1330,1331,1332,1333,1334,1335,1336,1337,1338,1339,1340,1341,1342,1343,1344,1345,1346,1347,1348,1349,1350,1351,1352,1353,1354,1355,1356,1357,1358,1359,1360,1361,1362,1363,1364,1365,1366,1367,1368,1369,1370,1371,1372,1373,1374,1375,1376,1377,1378,1379,1380,1381,1382,1383,1384,1385,1386,1387,1388,1389,1390,1391,1392,1393,1394,1395,1396,1397,1398,1399,1400,1401,1402,1403,1404,1405,1406,1407,1408,1409,1410,1411,1412,1413,1414,1415,1416,1417,1418,1419,1420,1421,1422,1423,1424,1425,1426,1427,1428,1429,1430,1431,1432,1433,1434,1435,1436,1437,1438,1439,1440,1441,1442,1443,1444,1445,1446,1447,1448,1449,1450,1451,1452,1453,1454,1455,1456,1457,1458,1459,1460,1461,1462,1463,1464,1465,1466,1467,1468,1469,1470,1471,1472,1473,1474,1475,1476,1477,1478,1479,1480,1481,1482,1483,1484,1485,1486,1487,1488,1489,1490,1491,1492,1493,1494,1495,1496,1497,1498,1499,1500,1501,1502,1503,1504,1505,1506,1507,1508,1509,1510,1511,1512,1513,1514,1515,1516,1517,1518,1519,1520,1521,1522,1523,1524,1525,1526,1527,1528,1529,1530,1531,1532,1533,1534,1535,1536,1537,1538,1539,1540,1541,1542,1543,1544,1545,1546,1547,1548,1549,1550,1551,1552,1553,1554,1555,1556,1557,1558,1559,1560,1561,1562,1563,1564,1565,1566,1567,1568,1569,1570,1571,1572,1573,1574,1575,1576,1577,1578,1579,1580,1581,1582,1583,1584,1585,1586,1587,1588,1589,1590,1591,1592,1593,1594,1595,1596,1597,1598,1599,1600,1601,1602,1603,1604,1605,1606,1607,1608,1609,1610,1611,1612,1613,1614,1615,1616,1617,1618,1619,1620,1621,1622,1623,1624,1625,1626,1627,1628,1629,1630,1631,1632,1633,1634,1635,1636,1637,1638,1639,1640,1641,1642,1643,1644,1645,1646,1647,1648,1649,1650,1651,1652,1653,1654,1655,1656,1657,1658,1659,1660,1661,1662,1663,1664,1665,1666,1667,1668,1669,1670,1671,1672,1673,1674,1675,1676,1677,1678,1679,1680,1681,1682,1683,1684,1685,1686,1687,1688,1689,1690,1691,1692,1693,1694,1695,1696,1697,1698,1699,1700,1701,1702,1703,1704,1705,1706,1707,1708,1709,1710,1711,1712,1713,1714,1715,1716,1717,1718,1719,1720,1721,1722,1723,1724,1725,1726,1727,1728,1729,1730,1731,1732,1733,1734,1735,1736,1737,1738,1739,1740,1741,1742,1743,1744,1745,1746,1747,1748,1749,1750,1751,1752,1753,1754,1755,1756,1757,1758,1759,1760,1761,1762,1763,1764,1765,1766,1767,1768,1769,1770,1771,1772,1773,1774,1775,1776,1777,1778,1779,1780,1781,1782,1783,1784,1785,1786,1787,1788,1789,1790,1791,1792,1793,1794,1795,1796,1797,1798,1799,1800,1801,1802,1803,1804,1805,1806,1807,1808,1809,1810,1811,1812,1813,1814,1815,1816,1817,1818,1819,1820,1821,1822,1823,1824,1825,1826,1827,1828,1829,1830,1831,1832,1833,1834,1835,1836,1837,1838,1839,1840,1841,1842,1843,1844,1845,1846,1847,1848,1849,1850,1851,1852,1853,1854,1855,1856,1857,1858,1859,1860,1861,1862,1863,1864,1865,1866,1867,1868,1869,1870,1871,1872,1873,1874,1875,1876,1877,1878,1879,1880,1881,1882,1883,1884,1885,1886,1887,1888,1889,1890,1891,1892,1893,1894,1895,1896,1897,1898,1899,1900,1901,1902,1903,1904,1905,1906,1907,1908,1909,1910,1911,1912,1913,1914,1915,1916,1917,1918,1919,1920,1921,1922,1923,1924,1925,1926,1927,1928,1929,1930,1931,1932,1933,1934,1935,1936,1937,1938,1939,1940,1941,1942,1943,1944,1945,1946,1947,1948,1949,1950,1951,1952,1953,1954,1955,1956,1957,1958,1959,1960,1961,1962,1963,1964,1965,1966,1967,1968,1969,1970,1971,1972,1973,1974,1975,1976,1977,1978,1979,1980,1981,1982,1983,1984,1985,1986,1987,1988,1989,1990,1991,1992,1993,1994,1995,1996,1997,1998,1999,2000,2001,2002,2003,2004,2005,2006,2007,2008,2009,2010,2011,2012,2013,2014,2015,2016,2017,2018,2019,2020,2021,2022,2023,2024,2025,2026,2027,2028,2029,2030,2031,2032,2033,2034,2035,2036,2037,2038,2039,2040,2041,2042,2043,2044,2045,2046,2047,2048,2049,2050,2051,2052,2053,2054,2055,2056,2057,2058,2059,2060,2061,2062,2063,2064,2065,2066,2067,2068,2069,2070,2071,2072,2073,2074,2075,2076,2077,2078,2079,2080,2081,2082,2083,2084,2085,2086,2087,2088,2089,2090,2091,2092,2093,2094,2095,2096,2097,2098,2099,2100,2101,2102,2103,2104,2105,2106,2107,2108,2109,2110,2111,2112,2113,2114,2115,2116,2117,2118,2119,2120,2121,2122,2123,2124,2125,2126,2127,2128,2129,2130,2131,2132,2133,2134,2135,2136,2137,2138,2139,2140,2141,2142,2143,2144,2145,2146,2147,2148,2149,2150,2151,2152,2153,2154,2155,2156,2157,2158,2159,2160,2161,2162,2163,2164,2165,2166,2167,2168,2169,2170,2171,2172,2173,2174,2175,2176,2177,2178,2179,2180,2181,2182,2183,2184,2185,2186,2187,2188,2189,2190,2191,2192,2193,2194,2195,2196,2197,2198,2199,2200,2201,2202,2203,2204,2205,2206,2207,2208,2209,2210,2211,2212,2213,2214,2215,2216,2217,2218,2219,2220,2221,2222,2223,2224,2225,2226,2227,2228,2229,2230,2231,2232,2233,2234,2235,2236,2237,2238,2239,2240,2241,2242,2243,2244,2245,2246,2247,2248,2249,2250,2251,2252,2253,2254,2255,2256,2257,2258,2259,2260,2261,2262,2263,2264,2265,2266,2267,2268,2269,2270,2271,2272,2273,2274,2275,2276,2277,2278,2279,2280,2281,2282,2283,2284,2285,2286,2287,2288,2289,2290,2291,2292,2293,2294,2295,2296,2297,2298,2299,2300,2301,2302,2303,2304,2305,2306,2307,2308,2309,2310,2311,2312,2313,2314,2315,2316,2317,2318,2319,2320,2321,2322,2323,2324,2325,2326,2327,2328,2329,2330,2331,2332,2333,2334,2335,2336,2337,2338,2339,2340,2341,2342,2343,2344,2345,2346,2347,2348,2349,2350,2351,2352,2353,2354,2355,2356,2357,2358,2359,2360,2361,2362,2363,2364,2365,2366,2367,2368,2369,2370,2371,2372,2373,2374,2375,2376,2377,2378,2379,2380,2381,2382,2383,2384,2385,2386,2387,2388,2389,2390,2391,2392,2393,2394,2395,2396,2397,2398,2399,2400,2401,2402,2403,2404,2405,2406,2407,2408,2409,2410,2411,2412,2413,2414,2415,2416,2417,2418,2419,2420,2421,2422,2423,2424,2425,2426,2427,2428,2429,2430,2431,2432,2433,2434,2435,2436,2437,2438,2439,2440,2441,2442,2443,2444,2445,2446,2447,2448,2449,2450,2451,2452,2453,2454,2455,2456,2457,2458,2459,2460,2461,2462,2463,2464,2465,2466,2467,2468,2469,2470,2471,2472,2473,2474,2475,2476,2477,2478,2479,2480,2481,2482,2483,2484,2485,2486,2487,2488,2489,2490,2491,2492,2493,2494,2495,2496,2497,2498,2499,2500,2501,2502,2503,2504,2505,2506,2507,2508,2509,2510,2511,2512,2513,2514,2515,2516,2517,2518,2519,2520,2521,2522,2523,2524,2525,2526,2527,2528,2529,2530,2531,2532,2533,2534,2535,2536,2537,2538,2539,2540,2541,2542,2543,2544,2545,2546,2547,2548,2549,2550,2551,2552,2553,2554,2555,2556,2557,2558,2559,2560,2561,2562,2563,2564,2565,2566,2567,2568,2569,2570,2571,2572,2573,2574,2575,2576,2577,2578,2579,2580,2581,2582,2583,2584,2585,2586,2587,2588,2589,2590,2591,2592,2593,2594,2595,2596,2597,2598,2599,2600,2601,2602,2603,2604,2605,2606,2607,2608,2609,2610,2611,2612,2613,2614,2615,2616,2617,2618,2619,2620,2621,2622,2623,2624,2625,2626,2627,2628,2629,2630,2631,2632,2633,2634,2635,2636,2637,2638,2639,2640,2641,2642,2643,2644,2645,26}

siologie des Myokardstoffwechsels und der Muskelkontraktion voraus, und erfordert die biologischen und biochemischen Methoden, welche es erlauben, die Angriffspunkte des Pharmakon auf die Zellen, deren Enzyme und Energieumsetzungen zu differenzieren

Die Literatur über die Wirkung der Herzglykoside auf den Energiestoffwechsel des Herzens wurde 1949 durch Wollenberger²¹ zusammengefaßt. In der vorliegenden Darstellung wird, gewissermaßen als Fortsetzung, ein Überblick über die seit 1949 erschienenen wichtigeren Beiträge zu diesem Problem erstrebt. Allerdings wird es notwendig sein, gewisse ältere Arbeiten und Überlegungen in neuem Lichte zu diskutieren. Auch die Glykosidwirkung auf das Ionenmilieu wird von uns einbezogen, da dem Ionentransport an der Zelloberfläche eine bedeutende Rolle bei der Erregung und Energieaufwendung der Zelle zukommt (Hodgkin et al.²², Fleckenstein²³). Das weitläufige Gebiet ist unterteilt in die direkte energetische Wirkung auf O_2 - und Substratverbrauch, auf den Intermediärstoffwechsel, auf die Beeinflussung des Kontraktionsablaufes des Actomyosinkomplexes, und schließlich wird der Effekt auf das Ionenmilieu berücksichtigt. Die mehr physiko-chemischen Eigenschaften der Glykoside, insbesondere deren Bindung an Eiweißkörper, sind nur gestreift, da in einer vor kurzem erschienenen Übersicht dieser speziellen Frage die nötige Aufmerksamkeit geschenkt worden ist (Rothlin und Bircher¹⁶²).

Betrachten wir die positiv inotrope Wirkung der Herzglykoside von einem rein physikalisch energetischen Gesichtspunkt aus, so kann die erhöhte Arbeitsleistung des Herzens durch diese Wirkstoffe entweder auf einer größeren Zufuhr von direkt verwertbarer Energie zur Zelle beruhen, oder die Folge einer verbesserten Umwandlung der vorhandenen Energie in mechanische Arbeit sein. Wollenberger²¹ postuliert diese Alternative als

- a) Wirkung auf die Energiebereitstellung (energy liberation),
- b) Wirkung auf die Energieausnutzung (energy utilization)

Dabei betrifft die Energiebereitstellung die Energieaufnahme (O_2 , Nährstoffe etc.), den Intermediärstoffwechsel und letztlich die Bildung der energiereichen Phosphate (Phosphocreatin und Adenosintriphosphat), die heute als die für die Zellfunktion direkt verwertbare Energieform angesehen werden (McElroy et al.¹²³). Die Beeinflussung der Energieausnutzung, d. h. die Verwertung der chemischen Energie für die mechanische Arbeitsleistung, zerfällt in eine

Wirkung auf den kontraktilen Apparat selbst oder auf die Milieufaktoren (Ionen, Enzyme etc.), die für die Kontraktilität des Myokards notwendig sind.

2. Wirkung der herzwirksamen Glyko-side auf die O_2 -Aufnahme des Myokards

Der Stoffwechsel des schlagenden Herzmuskels ist stark abhängig vom Grad der Arbeitsleistung. Jede Untersuchung der Wirkung von Pharmaka auf den Gasstoffwechsel des Herzens muß grundsätzlich eine Wirkung auf den Ruhestoffwechsel von einer Wirkung auf das arbeitende Herz unterscheiden; bei letzterem dürfte der größte Teil der entstehenden chemischen Energie für die Kontraktionsarbeit verwendet werden

a) Wirkung am schlagenden Herzen

Am embryonalen Hühnerherzen bewirkt Ouabain eine geringe Zunahme des O_2 -Verbrauches, die in keiner Beziehung zur Herzfrequenzänderung steht (Smith et al.^{187, 188}). Ebenso haben Ransom et al.¹⁸⁹ am 7-tägigen Hühnerherzen

Ratten

Abnah

je nachdem der Vorhof unter Spannung steht oder nicht; im ersteren Fall zeigt sich nur eine relative Zunahme nach mittleren Glykosiddosen,

Bei der

Zunahme der Glykosidkonzentrationen auf¹⁹². Bei Berücksichtigung dieses eigenartigen Verhaltens ist es fraglich, ob am arbeitenden und unter Spannung stehenden Vorhof der Sauerstoffverbrauch durch das Glykosid tatsächlich erhöht wird. Am isolierten Papillarmuskel erhöht Ouabain die Kontraktionsamplitude, ohne den Sauerstoffverbrauch zu beeinflussen (Lee¹⁸⁷). Erst die toxische Glykosidwirkung in Form der Kontraktur führt zur Atmungssteigerung. Die Kontraktilität wird damit nicht durch eine vermehrte Energiebereitstellung erhöht. Nur wenn Ouabain in den Endstadien des Versuches zugeführt wurde, wo der Muskel stark geschädigt ist, zeigte sich zeitweise eine deutliche Erhöhung des O_2 -Verbrauches nach der Glykosidverabreichung. Auch aus den Versuchen von Reiter¹⁹³ am Herzmuskelstreifen der Ratte geht hervor, daß Strophanthin in einer optimal inotrop wirksamen Konzentration den

O₂-Verbrauch nicht vermehrt. Hingegen wird die Stoffwechselabnahme, welche die Streifen in der Elektrolytlösung aufweisen, durch Strophanthinzugabe weitgehend verhindert. Wenn nach längerer Inkubationszeit der O₂-Verbrauch und die Kontraktionskraft des Herzens sehr stark abgesunken sind, kann Strophanthin zu einer Steigerung des O₂-Verbrauches führen. Die inotrope Wirkung ist in diesem Fall nur noch schwach ausgeprägt. Die große Zahl früherer Untersuchungen der Glykosidwirkung auf den Gasaustausch des isolierten Herzens und des Herz-Lungen-Präparates ergab ein nicht ganz einheitliches Resultat. Die Unterschiede sind zum Teil durch verschiedene Methodik und Interpretation der Versuche bedingt. Die Beurteilung der Beziehung zwischen Kardiodynamik und Energiestoffwechsel ist wesentlich erleichtert, wenn entweder die Arbeitsleistung oder das diastolische Volumen konstant gehalten werden. Bei diesen Versuchsbedingungen finden die meisten Autoren, daß unter der Glykosidwirkung die Arbeitsleistung des Herzens relativ stärker zunimmt als die O₂-Aufnahme, d. h. daß der

Wirkungsgrad $\frac{\text{Arbeitsleistung}}{\text{Energieäquivalent des O}_2}$ des Herzens verbessert wird.

Neuere Versuche am völlig isolierten Herzen, sowie Untersuchungen mit Acetyldigitoxin am Herz-Lungen-Präparat (HLP) des Hundes bestätigen diese Ergebnisse (Lorber¹¹⁹, Hafkenschiel und Cerletti¹²⁰). K-Strophanthosid verändert nach Bianchi¹²¹ am Langendorf-Herzen, das unter anoxischen Bedingungen arbeitet, den O₂-Verbrauch bei erhaltener kardiotoner Wirkung nicht. Auch am Dinitrophenol-geschädigten HLP scheint Lanatosid C nicht direkt mit dem O₂-Verbrauch zu interferieren (Rothlin et al.¹⁶¹). Am nicht insuffizienten Hundeherzen in vivo fehlt eine O₂-Verbrauchswirkung auf den O₂-Verbrauch des Myokards, der Wirkungsgrad des Herzens wird jedoch verbessert (Page et al.¹⁴⁹). Bing et al.¹²² gelang es, durch Katheterisierung des Koronarsinus des Menschen die Koronardurchblutung und den O₂-Verbrauch des Herzens am wachen Patienten zu messen. Beim insuffizienten Herzen ist wohl die Arbeitsleistung erniedrigt, der Sauerstoffverbrauch aber unverändert. Strophosid-Verbreitung erhöht die Herzleistung ohne die O₂-Aufnahme zu beeinflussen. Folglich verbessert das Glykosid den kardialen Wirkungsgrad.

All diese Versuche am schlagenden Herzen sprechen zur Mehrzahl gegen eine direkte Wirkung der Glykoside auf die Energiebereitstellung im Sinne einer Erhöhung des O₂-Verbrauches. Viel-

mehr weisen sie darauf hin, daß die Glykoside den kardialen Wirkungsgrad durch eine verbesserte Energieausnützung²²¹ erhöhen. Bianchi¹¹ betont die Möglichkeit, daß die Glykoside den anaeroben Stoffwechsel fördern können. Die Beurteilung des kardialen Wirkungsgrades muß deshalb neben dem aeroben auch den anaeroben Metabolismus berücksichtigen.

b) Wirkung am Herzmuskelschnitt

Eine Vielzahl von Arbeiten aus dem Freund'schen Laboratorium ergab, daß verschiedene Herzglykoside und Aglykone in Konzentrationen von $1:10^{-9}$ – 10^{-7} die Sauerstoffaufnahme des Herzmuskels verschiedener Tiere teils erhöhen, teils erniedrigen können (Lit. bei 221). Spätere Untersuchungen am relativ intakten Herzmuskelschnitt in gepufferter glukosehaltiger Ringerlösung ergaben den einheitlichen Befund, daß die verschiedensten Glykoside bei

diversen Tiersorten

die r

222 23

40, 44

der Glykoside zeigt sich auch am Myokard des Menschen (Burdette²²). Am Herzschnitt der Katze ist diese biphasische Wirkung selten zu beobachten, meistens tritt nur eine anhaltende Atmungszunahme in Erscheinung^{22 104}.

Die atmungsumherende und -depressive Glykosidwirkung ist an die Integrität der Zelle gebunden. Sie fehlt am Herzbrei und am Hirnhomogenat oder fällt uneinheitlich aus (Wollenberg^{22 104} et al¹⁴¹, Doull et al¹⁴⁰) ; systemen oder an Mitochondrien

ungeachtet ob diese durch mechanische oder chemische Schädigung geschädigt sind oder nicht (Langemann et al¹⁰⁴; Lee et al¹⁰⁰). Daraus wurde wiederholt die Schlußfolgerung gezogen, daß die Glykoside nicht direkt mit den respiratorischen Enzymen interferieren, sondern an der intakten Zelle oder eventuell an deren Membran angreifen (Wollenberger^{22 104}). Diese metabolische Glykosidwirkung läßt sich auch nach Vorbehandlung der Versuchstiere mit therapeutischen und toxischen Glykosiddosen nachweisen, indem die Herzschnitte dieser Tiere (Ratten und Meerschweinchen) nach therapeutischen Dosen zum mindesten zu Beginn der Messung einen signifikant höheren O_2 -Verbrauch aufweisen als

14 Hoggins, Fortschritte der Kardiologie

die Kontrollen (Rothlin et al.¹⁶¹; Herrmann⁸⁵; Wollenberger²²²; Libert¹¹³). Die Verabreichung toxischer Glykosiddosen verursacht am Herzschnitt dieser Tiere eine Abnahme des O_2 -Verbrauches (Rothlin et al.^{161, 162}). Die Dauer dieses Stoffwechseleffektes geht mit der kardiodynamischen Wirkungsdauer verschiedener Glykoside parallel.

Außer am Herzmuskel zeigt sich der atmungsstimulierende Glykosideffekt, wenn auch in etwas schwächerem Ausmaß, nur am *Hirnrindenschnitt*. An verschiedenen anderen Geweben wird die O_2 -Aufnahme durch Glykoside ausschließlich geringgradig gesenkt. An der glatten und quergestreiften Muskulatur fehlt jede Glykosidwirkung²²¹.

Es scheint nicht eindeutig festgelegt zu sein, inwieweit *Substratanwesenheit* (Glukose) notwendig ist zur atmungsstimulierenden Glykosidwirkung am Herzschnitt. Wollenberger²²⁰ beobachtete diesen Effekt nur bei Anwesenheit von Substrat (z.B. Glukose), während Finkelstein und Bodansky⁸²; Herrmann⁸⁵; Hisada et al.⁸⁷ das Vorhandensein von Glukose nicht als notwendige Voraussetzung betrachten. Oxalessigsäure ermöglicht ebenfalls diese Stoffwechselwirkung, während bei Anwesenheit von Acetat, Maleat oder Succinat der atmungsstimulierende Effekt fehlt und nur die stoffwechselsenkende Wirkung in Erscheinung tritt⁸⁵. Wenn damit die Glukose nicht die unbedingte Voraussetzung einer QO_2 -steigernden Glykosidwirkung zu sein scheint, so ist dennoch dieser metabolische Glykosideffekt starker ausgeprägt bei Glukosezugabe⁸².

Neben der Substratanwesenheit ist der atmungsstimulierende Glykosideffekt am Herzmuskelschnitt noch von anderen Milieufaktoren abhängig. Die Stoffwechselsteigerung tritt um so deutlicher in Erscheinung, je geringer die *Ausgangsatmung* ist^{82, 106}. In den Versuchen der meisten Autoren fällt der QO_2 in der Anfangsphase der Messung rasch auf einen relativ konstanten Wert ab. Es ist sehr naheliegend, daß diese initiale Stoffwechseldepression die Folge einer im Laufe der Präparation aufgetretenen Zellschädigung ist (Wollenberger et al.²²⁷; Fischer et al.⁵⁴). Das künstliche Nahrmedium verursacht schon nach kurzer Zeit morphologisch nachweisbare Veränderungen der Herzmuskelzellen⁵⁴; der funktionelle Effekt der Herzglykoside bleibt aber trotzdem erhalten²²⁷. In gleicher Weise ist die atmungsstimulierende Glykosidwirkung an dem durch Barbiturate geschädigten Herzmuskelschnitt stärker ausgeprägt¹⁰⁶.

Die *Anwesenheit von Ca-Ionen* in der Nährlösung ist eine unerlässliche Voraussetzung zur Erzielung einer QO_2 -Steigerung nach Gly-

glykosidverabreichung (Herrmann²⁵, Doull et al.⁴⁰, Langemann et al.¹⁰⁰, Finkelstein et al.¹²¹) Bei vermindertem Ca Gehalt tritt nur die Atmungsdepression nach Glykosidzugabe in Erscheinung, wogegen mit zunehmendem Ca Gehalt der stoffwechselstimulierende Effekt zunimmt. Neben dem Calcium spielt auch der Phosphat Gehalt eine wichtige Rolle.²² In phosphatarmer Ringerlösung, die selbst zu einer Respirationsverminderung führt, ist der stimulierende Glykosideffekt verstärkt, Calciumzugabe erhöht auch unter diesen Bedingungen den Glykosideffekt. Die Glykosidwirkung auf die Atmung der Herzschnitte ist weiterhin vom Alter der Tiere abhängig (Wollenberger et al.¹²⁰, Libert¹²²). Die Vielzahl der Mitsektoren, die diese Glykosidwirkung beeinflussen, mag wohl die in quantitativer Hinsicht oft abweichenden Befunde der verschiedenen Autoren erklären.

Der atmungstimulierende Glykosideffekt am Herzschnitt steht in scheinbarem Widerspruch zu den Befunden in vivo, wo die Glykoside wohl den Wirkungsgrad des Herzens verbessern, aber nicht die Sauerstoffaufnahme per se erhöhen. Dabei ist grundsätzlich zu berücksichtigen, daß beim ruhenden Herzen (Herzmuskelschnitt) nur der Zellgrundstoffwechsel gemessen wird, während beim schlagenden Herzen der größere Teil der aufgenommenen Energie in mechanische Arbeitsleistung umgewandelt wird (der initiale QO_2 des Schnittes beträgt nur ca. 20% des O_2 -Verbrauches des schlagenden Herzens in vivo). Jegliche Veränderung eines Ruhestoffwechsels der Zelle allein kann sich demzufolge nur in kleinstem Ausmaße auf den Gesamt O_2 -Verbrauch des arbeitenden Herzens auswirken. Die divergenten Befunde am Schnitt und am Herzen in vivo sind somit nicht unvereinbar.

c) Beziehungen des Glykosid Effektes in vitro zur kardiodynamischen Wirkung

Von prinzipieller Bedeutung dürfte die Frage sein, ob der in vitro beobachtete Stoffwechseleffekt mit der in vivo in Erscheinung tretenden positiv inotropen Wirkung in Zusammenhang steht.

verschiedene Wirkungen scheinen unabhängig voneinander zu sein.
Auf eine gewisse Schnitt und dem ...
... wurde wiederholt auf-

merksam gemacht²²¹ Beide Wirkungen scheinen in mancher Hinsicht vergleichbar bezüglich ihrer Intensität und Spezifität Verschiedene neuere Befunde bestärken diese Auffassung Die biochemische Wirkung auf die Zellatmung kommt nur an Geweben zustande, die auch in vivo auf Glykoside ansprechen Nämlich in erster Linie am Herzen und in schwächerem Ausmaß am Gehirn Andere Organe wie Leber etc sind in vivo und in vitro glykosidunempfindlich^{40 106 221} Bezüglich beider Effekte spricht das Hirngewebe bei den verschiedenen Tierspezies quantitativ gleich stark auf Glykoside an, während sich am Herzen ausgesprochene Speziesdifferenzen zeigen⁴⁰ Dynamische und energetische Glykosidwirkungen treten ferner im gleichen Dosenbereich auf Konzentrationen, die eine kardiotope Wirkung entfalten, aber keine toxischen Nebenwirkungen (Arrhythmie, Kontraktur) zeigen, sind in vitro atmungsstimulierend, während die toxisch wirksamen Konzentrationen am Herzmuskelschnitt die Atmung hemmen^{161 2-1 230} Diese Übereinstimmung zeigt sich nicht nur bei Zugabe des Glykosids zum Herzschnitt in vitro, sondern auch nach Vorbehandlung der Tiere mit dem Glykosid und nachfolgender Bestimmung des O₂-Verbrauches des Herzschnittes (Rothlin et al^{161 162}) Die relative Wirkungsstärke verschiedenster Herzglykoside und Aglykone am Herzmuskelschnitt und am schlagenden Herzen in vivo oder in situ verläuft weitgehend parallel (Herrmann et al^{63 86}) Das in seiner kardiotonen und kardiotoxischen Wirkung den pflanzlichen Glykosiden nahestehende Bufagin besitzt auch den quantitativ und qualitativ entsprechenden Effekt auf die Gewebsatmung Nämlich ausschließliche Wirkung am Herz- und Hirnschnitt, sowie Abhängigkeit vom Calciumgehalt und von der Tierspezies (Doull et al⁴⁰) Glykosid ähnlich wirksame Stoffe, wie Protoveratrin und Erythrophloeumalkaloide bewirken auch den Stoffwechseleffekt in vitro (Wollenberger^{271 232}) Änderungen in der Struktur der Herzglykoside, die die kardiale Wirkung aufheben, sind auch von einem Verlust des Atmungseffektes gefolgt²²¹ Die charakteristische Abhängigkeit der kardialen Glykosidwirkung von der Tierspezies zeigt sich in sehr ähnlicher Weise am Herzmuskelschnitt, indem Präparate von Ratten und Mäusen viel höhere Glykosidkonzentrationen benötigen als Meerschweinchenschnitte (Herrmann⁸⁵) Es wird von den meisten Autoren angenommen, daß Kinder relativ höhere Glykosiddosen vertragen als Erwachsene (Mathes et al^{130 131}, Nadas et al¹²⁵), auch im Tierversuch wurde wiederholt eine geringere Glykosidempfind-

lichkeit der jungen Tiere beschrieben (Wollenberger et al.²⁰⁰, Rathlin¹⁶⁰, Goldberg⁶² etc.), ein Befund, der allerdings für gewisse Tierarten nicht unwidersprochen blieb (Haag et al.⁷², Hoffmann und Lendle⁸⁰, Noury¹⁴⁵) Wollenberger konnte nun zeigen, daß in gleicher Weise wie der kardiale Glykosideffekt auch die Atmungsstimulierung mit dem Alter der Tiere zunimmt²²⁸ Der Stoffwechseleffekt der Glykoside wird, wie dessen Inotropie, durch Calcium verstärkt Eine weitere Parallele ergibt sich insofern, als die kardiotope Wirkung der Glykoside nur am geschädigten oder insuffizienten Herzen in Erscheinung tritt und der atmungsstimulierende Effekt ebenfalls um so stärker ausfällt, je tiefer der initiale QO_2 abgefallen ist Bei beiden Wirkungen ist also Voraussetzung einer Glykosidwirkung die vorgangige Schädigung des Herzmuskels

Diese experimentellen Befunde weisen darauf hin, daß die spezifische Glykosidwirkung am schlagenden Herzen mit derjenigen am Herzmuskelschnitt *in vitro* in enger Beziehung steht Kenntnisse über den Wirkungsmechanismus dieses Stoffwechseleffektes konnten möglicherweise Aufschluß geben über den Angriffspunkt dieser Pharmaka *in vivo* Wenn auch die Atmungsstimulation mit der kardialen Wirkung der Glykoside in einen engen und zum Teil ursächlichen Zusammenhang gebracht wurde, so kann unseres Erachtens diese Erhöhung der Sauerstoffaufnahme *in vitro* nicht für die verstärkte Kontraktilität des Myokards *in vivo* verantwortlich sein Auf jeden Fall nicht in dem Sinne, daß dadurch mehr Energie für die Arbeitsleistung zur Verfügung steht Diese Möglichkeit haben wir unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Gasstoffwechselmessung am intakten Herzen schon als unwahrscheinlich betrachtet Auch die noch zu besprechenden Untersuchungen über die Glykosidwirkung auf den Intermediärstoffwechsel und auf die Bildung energiereicher Phosphate geben zu einer solchen Annahme keine Anhaltspunkte

d) Wirkungsmechanismen

Der Atmungseffekt der Herzglykoside *in vitro* ist, wie erwähnt, an die Intaktheit der Zelle gebunden Eine eventuelle Bedeutung der Zellgröße für die Wirkungsintensität der Glykoside wurde insofern diskutiert, als junge Tiere sowie Ma¹⁰⁰ und Ratten eine geringere¹⁰⁰ Rger et al.²²¹, Hoffmann¹⁰⁰ kleiner und somit die¹⁰⁰ pro Zellvolumen größer¹⁰⁰ Bei der Annahme, daß die

Glykosidwirkung sich an der Zelloberfläche abspielt, würde bei größerer spezifischer Oberfläche (d.h. Gesamtzelloberfläche pro Raumeinheit) auch eine höhere Glykosiddosis benötigt zur Erzielung einer gleichen Wirkung⁹⁰. Eine Erklärung der verschiedenen Glykosidempfindlichkeiten durch die verschiedene Gesamtzelloberfläche müßte aber vorgangig die Möglichkeit ausschließen, daß bei diversen Tieren oder während des Wachstums funktionelle Änderungen im Stoffwechsel auftreten und dadurch die Wirkungsintensität des Glykosides verändert wurde (Wollenberger et al.³²⁷). Die Größe der Zelloberfläche dürfte auch deshalb in ihrer Bedeutung zurücktreten, da Berechnungen ergeben, daß selbst nach toxischen Glykosiddosen nur ein sehr geringer Teil der Zelloberfläche von den Glykosidmolekülen bedeckt wird (Rothlin¹⁵⁹). Auch durch Alter oder Tierspezies bedingte Unterschiede in der Haftfestigkeit und Ausscheidung der Glykoside waren in Erwägung zu ziehen.

stofften kann durch Glykoside je nach Versuchsanordnung erhöht oder verlangsamt werden. Die Abhängigkeit des Atmungseffektes von der Menge der zugeführten Glukose ließ es als möglich erscheinen, daß die Glykoside die Diffusion der Nährstoffe in die Zelle fördern und somit den O_2 -Verbrauch des Schnittes erhöhen. Da aber auch Respirationssteigerung in substratfreier Ringerlösung gefunden wurde und weiterhin dieser Glykosideffekt nicht von der Schnittstärke abhängt, erscheint eine direkte oder indirekte Beeinflussung des oxydativen Abbaues des Substrates wahrscheinlicher als eine Änderung in der Zellpermeabilität. Eine erhöhte Diffusion von Substrat in die Zelle wäre damit höchstens eine Beeinflussung der Diffusion. Eine Beeinflussung der Diffusion wurde auch in Betracht gezogen, wurde die Glykosidwirkung in Zusammenhang gebracht mit einer verbesserten Diffusion des Flavin Adenosin-Nukleotides ins Zellinnere (Hisada et al.⁹¹). Auf die besondere Bedeutung des Zusammenhanges der Atmungstimulierung mit dem Ionen-transport der Zelle und dessen Beeinflussung durch die Glykoside wiesen kürzlich Holland et al.⁹² hin. Diese spezielle Wirkung der Glykoside wird im letzten Abschnitt behandelt.

3. Intermediärstoffwechsel

Nach den Untersuchungen von Gremels und anderen erhöhen schon sehr kleine Glykosiddosen am insuffizienten Herz-Lungen-Präparat und am Froschherzen die Aufnahme von Glukose und Milchsäure. Diese Wirkung soll vor dem Einsetzen der Inotropie auftreten. Andere Versuche ergaben jedoch, daß die Glykoside den hohen

Milchsäureverbrauch bei der barbituratbedingten Insuffizienz nicht verändern²²¹. Da in diesen Untersuchungen das gegenseitige Verhältnis von Glukose und Milchsäureverbrauch einerseits zur O_2 -Aufnahme und andererseits zur Arbeitsleistung des Herzens nicht genau festgelegt ist, fällt es schwer, ein klares Bild der Glykosidwirkung auf die Substrataufnahme zu erhalten. Die Alternative, ob die Glykoside primär die Energieaufnahme erhöhen oder ob diese Zunahme die sekundäre Folge der erhöhten Arbeitsleistung bzw. des verbesserten Wirkungsgrades ist, kann damit nicht entschieden werden. Auch die Ergebnisse über die Beeinflussung des Glykogenaufbaues durch die Herzglykoside sind widersprechend²²¹. Bei Anwendung einer Biopsiemethode wurde am Herzen eine Zunahme des Glykogengehaltes nach Lanatosid C-Verabreichung gefunden (Gastin et al.²²²). Toxische Dosen von Herzglykosiden vermindern nach Angabe der meisten Autoren den Glykogengehalt des Herzens und erhöhen gleichzeitig die Milchsäureproduktion so stark, daß sogar Milchsäure vom Herzen abgegeben wird²²¹. Ob es sich dabei um einen unspezifischen toxischen Effekt oder um die Folge eines durch die Glykoside gesteigerten Energiestoffwechsels handelt – in Analogie zur ausgesprochenen Zunahme des O_2 Verbrauches am HLP nach toxischen Glykosiddosen –, kann nicht mit Sicherheit entschieden werden. Eine erhöhte Milchsäureproduktion und Abnahme des Herzglykogens wurden andererseits von Schumann^{223, 224} am insuffizienten Herzen gefunden. Die Glykoside vermögen diese Stoffwechseländerung aufzuheben, möglicherweise indem sie den Glykogenaufbau fördern.

Dank der Verwendung von Glukose, Laktat und Pyruvat die mit radioaktivem C^{14} –

in die Wirkung des Herzens zu

wurden an Hui – gemessen unter der Einwirkung von $5 \cdot 10^{-7}$ M Ouabain. Nach dem Glykosid war die O_2 Aufnahme erhöht, der Glukoseverbrauch vermindert, aber die $C^{14} O_2$ Produktion aus der markierten Glukose erhöht. Dieser beschleunigten Oxydation der Glukose ging eine entsprechend verminderte Glykolyse parallel, der Glykogengehalt blieb unverändert. Wird Laktat als Substrat verwendet, so wurde dessen Aufnahme und Verbrennung zu $C^{14} O_2$, sowie der O_2 Verbrauch erhöht, während die Pyruvate Aufnahme blieben (Wollenberger²²⁵).

, sowie Glukose und Milchsäure-

verbrennung bei gleichzeitig verminderter Glukoseaufnahme und Glykolyse deutet auf eine Verschiebung vom glykolytischen zum oxydativen Metabolismus durch die Glykoside hin. Der Wirkungsgrad des Kohlehydratkatabolismus wird damit verbessert, weil die oxydative Verbrennung der Glukose zu CO_2 und H_2O ca. 10mal mehr Energie freisetzt als der Abbau der Glukose zu Milchsäure. Eine Hemmung der aeroben Glykolyse durch Ouabain wurde ebenfalls an Pferdeerythrocyten und an der Magenmuskulatur nachgewiesen (Segre¹⁸⁰, Werner²²²). Die Interpretation der Befunde ist allerdings divergent. Segre postuliert einen beschleunigten Milchsäureabbau, während Werner eine erhöhte oxydative Resynthese annimmt. Die Befunde über die Wirkung der Herzglykoside auf den Glykogenstoffwechsel in vivo sind wie erwähnt widersprechend und sollen hier nicht als Vergleich angeführt werden. Am Homogenat der Meerschweinchenherzen vermindert Ouabain den Glykogengehalt bei gleichzeitig erhöhter Milchsäureproduktion und verminderter Pyruvatbildung (Segre¹⁸¹).

Wollenberger²²³ zeigte am Herzschnitt, daß bei der durch Glykoside erhöhten Milchsäure-Aufnahme und -Verbrennung der Pyruvatverbrauch nicht beeinflußt war. Diese Befunde legten die Schlußfolgerung nahe, daß durch das Glykosid die Oxydation der Milchsäure zu Pyruvat beschleunigt wird und damit der Angriffspunkt des Glykosids in das Milchsäuredehydrogenasesystem zu lokalisieren wäre. Auch Segre zieht diese Wirkung in Erwägung¹⁸². Eine direkte Beeinflussung des isolierten Atmungsfermentensystems durch die Herzglykoside konnte aber mit Sicherheit nicht nachgewiesen werden^{184, 221}.

Inspeziellen fehlt eine direkte Wirkung auf die Milchsäuredehydrogenase (Saunders et al.¹⁷⁴, Reiter et al.¹⁸⁴) und auf das Cytochrom Cytochromoxydasesystem (Segre¹⁸⁴, Helmreich⁴⁴, Doull et al.⁴⁰, Dubois et al.²⁰). Auch die anaerobe Glykolyse am Herzmuskel scheint nicht durch die Herzglykoside verändert zu werden^{22, 184}. Aus der Beeinflussung der Stillstandszeit des Froschherzens nach Herzglykosiden durch Cocarboxylase und Na Pyruvat (Liu¹¹⁸) kann keine Schlußfolgerung auf die metabolische Wirkung dieser Pharmaka gezogen werden.

Obgleich am Hirngewebe wie am Herzschnitt Glykoside atmungsstimulierend wirken, wird der Kohlehydratstoffwechsel der beiden Gewebe durch diese Pharmaka verschieden beeinflußt. Die aerobe Milchsäurebildung am Hirnschnitt wird durch die Glykoside nicht gehemmt, sondern gefördert. Möglicherweise hängt dieser Unterschied mit der stark glykolytischen Fähigkeit des Hirngewebes und seinem geringen Abbauvermögen im Krebszyklus zusammen (Wollenberger²²³).

Aus dieser Vielfalt von experimentellen Befunden über die Stoffwechselwirkung der Herzglykoside geht eindeutig hervor, daß reproduzierbare und klare Befunde bisher nur an intakten Zellformationen erhalten wurden. Bei Verwendung von Gewebshomogenaten oder isolierten Fermentsystemen fehlt eine Glykosidwirkung, bzw. die Resultate verschiedener Untersucher sind widersprechend. Diese Feststellung spricht zur Zeit dafür, daß die Glykosidwirkung sich nicht an einer isolierten Enzymreaktion abspielen dürfte, sondern die morphologische und funktionelle Integrität der Zelle erfordert. Damit ist allerdings der Angriffsort im komplexen Biochemismus der lebenden Zelle nicht lokalisiert. Da es sich dabei meist um die Vorgänge des Substratabbaues und der Energieumwandlung handelt, können Gehaltsbestimmungen eines Metaboliten in einem bestimmten Zeitpunkt nur bedingt Aufschluß geben über den Stoffwechselvorgang. Denn eine Gehaltszunahme dieses Metaboliten kann eine vermehrte Neubildung oder einen erniedrigten Abbau bedeuten, ebenso kann ein unveränderter Gehalt bei gleichzeitig erhöhter Produktion und Spaltung einem erhöhten Stoffwechsel entsprechen. Die Verwendung radioaktiv markierter Substrate bietet die Möglichkeit, diese dynamischen Verhältnisse klarer zu erfassen. Den ersten Schritt in dieser Richtung bildeten Wollenberger's Versuche am Herzmuskelschnitt. Diesbezüglich stellt sich aber die Frage, ob auch das Herz *in vivo* unter der Glykosidwirkung vermehrte PC- und ATP-Bildung zeigt und ob die kat-

Wie Wollenberger vorschlägt, können diese Frage abklären

4. Die energiereichen Phosphate (\sim PO₃)

Das Endglied des energieliefernden Stoffwechsels ist die Aufladung eines Energiespeichers, dessen Aufspaltung eine große Menge Energie freisetzt und damit für die meisten Zellen die unmittelbare, direkt verwertbare Energiequelle darstellt. Es handelt sich hier vor allem um das Phosphokreatin (PC) und das Adenosintriphosphat (ATP) (McElroy et al 1943).

Verschiedene Untersucher zeigten, daß am suffizienten intakten Herzen, Herz Lungen- (HLP) oder Langendorff Präparat therapeutische Glykosiddosen keine Änderung des PC- und ATP Gehaltes bewirken²²¹

Auch am isolierten Meerschweinchenvorhof erhöht Strophanthin wohl die Kontraktionsamplitude, ändert aber den Gehalt an energiereichen Phosphaten nicht (Furchgott et al.⁵⁸) Aber auch am insuffizienten HLP ist der ATP- und PC-Gehalt unverändert¹⁹ und wird durch kardioton wirksame Glykosidkonzentrationen nicht beeinflusst (Wollenberger²⁰) Diese Befunde führten zur Annahme, daß therapeutische Glykosiddosen trotz kardiotoner Wirkung den Gehalt an energiereichen Phosphaten nicht verändern^{58, 221} Bei starker Schädigung des Papillarmuskels hingegen sinkt der ATP-Gehalt bei unverändertem PC ab Durch inotrop wirksame Ouabaindosen wird der ATP-Gehalt wieder normalisiert (Greiner⁶⁶) Daraus zieht Greiner die Schlußfolgerung, daß Ouabain die systolische Kraft durch Normalisierung des ATP-Gehaltes wieder herstellt Es ist nicht angängig, aus einer Änderung des Gehaltes an energiereichen Phosphaten eindeutige Rückschlüsse auf eine Beeinflussung des Phosphatstoffwechsels durch die Glykoside zu ziehen Der in einem bestimmten Moment gemessene ATP- und PC-Gehalt bedeutet nur den Zustand eines Gleichgewichtes von Bereitstellung und Verbrauch derselben und besagt nichts über die Geschwindigkeit der metabolischen Umsetzung Selbst bei raschem Abbau und großem Verbrauch dieser Phosphate ist ihr Gehalt unverändert, sofern die Neubildung dieser Verbindungen mit der Spaltung Schritt hält²¹

Toxische Dosen von Digitoxin und Ouabain, die zur ventrikulären Tachykardie führen, vermindern den PC Gehalt des intakten Herzens oder des HLPs²⁷ Dieser Effekt auf den Phosphatstoffwechsel ist nicht die Folge der Glykosidtachykardie, da bei elektrischer Reizung des Herzens mit einer Frequenz von 200/Min oder nach Adrenalin der ATP- und PC-Gehalt des Herzens nicht wesentlich verändert wird Die PC-Abnahme ist demzufolge als spezifischer Glykosideffekt anzusehen und kann die Folge einer verminderten PC-Synthese oder eines erhöhten PC Abbaues sein Folgende 3 Argumente 1 Die Zunahme des O₂-Verbrauches am Herzschnitt *in vitro*, 2 die Tendenz zur Stoffwechselsteigerung durch die Glykoside am Herzen *in vivo*, und 3 das Fehlen einer Hemmung der oxydativen Phosphorylierung durch Glykoside *in vitro*^{35, 105, 108, 151, 221, 226} sprechen für die Auffassung, daß die Abnahme des PC Gehaltes im Myokard nach hohen Glykosiddosen weniger die Folge einer gehemmten PC-Synthese darstellt, sondern eher dem Ausdruck eines erhöhten PC-Abbaues entspricht, wie das auch Wollenberger²²⁸ postuliert Nimmt man mit Wollenberger eine ursachliche Verknüpfung des toxischen

und therapeutischen Glykosideffektes an, so kann man der Hypothese folgen, daß auch therapeutische Dosen den PC- resp ATP-Abbau erhöhen, daß aber in diesem Stadium die Synthese von PC mit dem erhöhten Verbrauch Schritt halten kann und deshalb keine PC-Abnahme eintritt. Erst bei hoher Dosierung überwiegt der Abbau über die Synthese und es kommt zur PC-Verminderung. Im Gegensatz zum HLP findet Gruner²² am isolierten Papillarmuskel nach Verabreichung toxischer Ouabaindosen eine Verminderung des ATP Gehaltes bei normalem PC. Kontrakturerzeugende Glykosiddosen senken auch am isolierten mit Ringer perfundierten Warmblüterherzen den ATP Gehalt stärker als den des PC, und eine Abnahme des Gehaltes an energiereichem Phosphat darf als charakteristische Folge der verschiedensten Kontrakturen angesehen werden.²³ Es erhebt sich damit die Frage, ob die Kontrakturneigung des isolierten Herzens mit der ATP-Abnahme zusammenhängt und ob die fehlende ATP-Verminderung am HLP dessen Kontraktur verhindert.²⁴ Diese und andere Unterschiede in der Reaktivität des isolierten Herzens in Ringerlösung und des mit Blut perfundierten HLP stellen die Frage zur Diskussion, ob nicht allgemein das künstliche Ringermilieu gewisse funktionelle Veränderungen des Herzens hervorruft. Es sei hier daran erinnert, daß schon eine kurze Inkubationsdauer des Herzschnittes in Ringerlösung morphologisch faßbare Veränderungen bewirkt.²⁵ Bei Verwendung von radioaktiv markiertem Phosphat ($-P^{32}O_4$) scheinen subtoxische Digtosindosen den Phosphatstoffwechsel des Herzens zu stimulieren, während toxische Dosen diesen nicht beeinflussen, ihn jedoch in der Leber hemmen (Alstrom²⁶). Wir haben auf die Schwierigkeit hingewiesen, diese dynamischen Stoffwechselprozesse aus dem in einem Zeitpunkt bestimmten Metabolitgehalt zu beurteilen. Weitere Untersuchungen mit radioaktivem P^{32} können voraussichtlich diese schwierigen Verhältnisse überwinden.

Wiederholt wurden Versuche unternommen, durch sukzessive pharmakodynamische Blockierung der bekannten Energieabbaustufen und gleichzeitige Bestimmung des funktionellen Effektes Einblick in die Stoffwechselorgane der Zellen zu gewinnen. Untersuchungen von Ellis am isolierten Froschherzen ergaben, daß die positiv inotrope Wirkung des k-Strophanthins auch unter anaeroben Bedingungen, sowie nach Blockierung des Krebs-Tricarboxylsäurezyklus durch Fluoracetat erhalten bleibt, sofern eine genügend Menge Glukose vorhanden ist. Blockierung des Kohlehydratstoffwechsels im Meyerhof-

Emboldensystem durch Jodacetat verhindert, zumindest für kurze Zeit, die kardiotope Wirkung ebenfalls nicht

Dinitrophenol (DNP) trennt Oxydation und Phosphorylierung («uncoupling effect»), indem es wohl den O_2 Verbrauch stark erhöht, aber gleichzeitig die Bildung energiereicher Phosphate hemmt (Loomis und Lipman¹¹⁸, Cross et al.¹¹⁹). Nach Erzeugung dieses Stoffwechselblockes durch DNP bleibt die kardiotope Glykosidwirkung aus (Ellis et al.¹²⁰⁻¹²¹). Diese Ergebnisse zeigen, daß *der oxydative Stoffwechsel nicht eine unbedingte Voraussetzung für die kardiotope Wirkung der Herzglykoside beim Frosch ist*. Von Bedeutung ist allein, daß dem Froschherzen unter der Glykosidwirkung eine *genügende Menge energiereiches Phosphat zur Verfügung steht*. Dies führt zur Auffassung, daß *die Glykoside eher auf die Ausnutzung der energiereichen Phosphate einwirken als auf deren Bereitstellung*¹²⁰⁻¹²¹. Am Warmblüterherzen fehlt die kardiotope Glykosidwirkung unter anaeroben Bedingungen. Die Befunde am Froschherzen können andere Ursachen haben. So die ausgesprochene anaerobe Energiebeschaffung (Milchsäureproduktion), weiterhin die Arbeitsleistung bei tiefer Temperatur, bei der die Energiebedürfnisse a priori erniedrigt sind. Das phosphorylierungshemmende DNP vermindert am Langendorff-Präparat die Kontraktilität des Herzmuskels, führt zur Kontraktur und bewirkt ein vollständiges Verschwinden des PC, ohne den ATP-Gehalt wesentlich zu beeinflussen (Wollenberger et al.¹²²). Die kardiotope Wirkung des Strophanthins ist nach DNP-Vergiftung des Herzens stark abgeschwächt oder fehlend, der toxische Effekt aber verstärkt, indem kleine, normalerweise nicht toxische Dosen eine Arrhythmie und Kontraktur bewirken bei gleichzeitiger Verminderung des ATP-Gehaltes¹²³. Die Wirkungslosigkeit von Ouabain am DNP vergifteten isolierten Vorhof wurde auch von anderer Seite bestätigt¹²⁴. Diese und die früher bereits erwähnten Untersuchungen Wollenbergers führten zu folgender *Hypothese der Glykosidwirkung*. Auch therapeutische Glykosiddosen erhöhen den Phosphatstoffwechsel, doch ist ein verstärkter Abbau von einer vermehrten Synthese begleitet, und der Gehalt an ∞PO_4 ändert sich nicht. Wird nun die Synthese dieses Phosphates durch DNP blockiert und damit das PC im Herzen herabgesetzt, so bewirken therapeutische Glykosiddosen infolge verstärkten Abbaues eine Abnahme des ATP und führen damit zu toxischen Erscheinungen am Myokard. Die Stoffwechselwirkung therapeutischer und toxischer Dosen könnte bei dieser Interpretation auf den gleichen Angriffspunkt zurückgeführt werden.

Die am HLP erhobenen Befunde weichen von denen am isolierten Herzen ab. DNP ruft auch an diesem mit Blut perfundierten Präparat eine Insuffizienz hervor, diese kann jedoch durch Ouabain oder Lanatosid C behoben werden, sofern die DNP Schädigung zwar deutlich, aber nicht zu intensiv ist. Erst nach hohen Dosen von DNP bleibt die kardiotope Glykosidwirkung aus (Gruhzit und Farah¹¹⁴, Rothlin et al.¹⁴⁴). Diese Befunde am HLP stehen im Gegensatz zu denen am isolierten und mit Ringerlösung durchströmten Meerschweinchen- und Froschherzen. In Wollenberger's Versuchen fiel die Arbeitsleistung nach DNP am mit Ringer durchströmten Herzen um 80–90% am HLP um 60–70%¹⁴⁴. Da auch am HLP die Glykoside nach hohen DNP-Dosen unwirksam sind, ist die Wirkungslosigkeit des Glykosids am künstlich durchströmten Herzen möglicherweise auf eine größere Empfindlichkeit gegenüber der DNP Schädigung zurückzuführen. Auch ist zu erwägen, ob nicht der nach DNP-Verabreichung erhöhte Sauerstoffverbrauch am Langendorff Präparat, das ohnehin unter abnorm geringer Sauerstoffversorgung arbeitet, zu einer relativen Hypoxie führt, dazu addiert sich noch die Phosphorylierungshemmung, wodurch die Glykosidwirkung gehindert wird. So erwies sich auch mit anoxischem Blut durchströmte

in Analogie zu den Versuchen von Wollenberger am Langendorff-Präparat¹⁴⁴. Die uns aus der Literatur bekannten Daten berechtigen die Annahme, daß die DNP Insuffizienz als Folge verminderter Energiebereitstellung zu bewerten ist. Eine positive Glykosidwirkung unter dieser Bedingung kann auf verbesserte Energiefreisetzung oder erhöhte Energieausnutzung zurückgeführt werden. Der letztere Weg ist wahrscheinlicher, da die Glykoside nur bei mäßiger DNP-Vergiftung wirken und den DNP Effekt auf den O_2 -Verbrauch nicht verändern¹⁴⁴. Die Beziehung zwischen der kardiotonen Glykosidwirkung und dem Grad der Herzinsuffizienz zeigt sich in gleicher Weise wie nach DNP auch nach Na azid und Na zyanid, indem eine geringe Insuffizienz kompensiert wird, eine hochgradige aber unbeeinflusst bleibt. Da Adrenalin aber letztere beheben kann, ist ein weiterer Hinweis für einen unterschiedlichen Wirkungsmechanismus zwischen dem Glykosid und dem sympathischen Amin gegeben (Gruhzit et al.¹⁴⁵). Auch am Skelettmuskel bewirkt DNP eine Ermüdung, die durch Strophanthin behoben werden kann. Dieser Befund wurde als Wirkung der Herzglykoside auf die Koppelung der Oxydation zur Phosphorylierung gedeutet, indem diesen Pharmaka

Embdensystem durch Jodacetat verhindert, zumindest für kurze Zeit, die kardiotone Wirkung ebenfalls nicht.

Dinitrophenol (DNP) trennt Oxydation und Phosphorylierung («uncoupling effect»), indem es wohl den O_2 -Verbrauch stark erhöht, aber gleichzeitig die Bildung energiereicher Phosphate hemmt (Loomis und Lipman¹¹⁸, Cross et al.³²). Nach Erzeugung dieses Stoffwechselblockes durch DNP bleibt die kardiotone Glykosidwirkung aus (Ellis et al.^{40, 41}). Diese Ergebnisse zeigen, daß *der oxydative Stoffwechsel nicht eine unbedingte Voraussetzung für die kardiotone Wirkung der Herzglykoside beim Frosch ist*. Von Bedeutung ist allein, daß dem Froschherzen unter der Glykosidwirkung eine *genügende Menge energiereiches Phosphat zur Verfügung steht*. Dies führt zur Auffassung, daß *die Glykoside eher auf die Ausnützung der energiereichen Phosphate einwirken als auf deren Bereitstellung*^{40, 41}. Am Warmblüterherzen fehlt die kardiotone Glykosidwirkung unter anaeroben Bedingungen. Die Befunde am Froschherzen können andere Ursachen haben. So die ausgesprochene anaerobe Energiebeschaffung (Milchsäureproduktion), weiterhin die Arbeitsleistung bei tiefer Temperatur, bei der die Energiebedürfnisse a priori erniedrigt sind. Das phosphorylierungshemmende DNP vermindert am Langendorff-Präparat die Kontraktilität des Herzmuskels, führt zur Kontraktur und bewirkt ein vollständiges Verschwinden des PC, ohne den ATP-Gehalt wesentlich zu beeinflussen (Wollenberger et al.²²³). Die kardiotone Wirkung des Strophanthins ist nach DNP-Vergiftung des Herzens stark abgeschwächt oder fehlend, der toxische Effekt aber verstärkt, indem kleine, normalerweise nicht toxische Dosen eine Arrhythmie und Kontraktur bewirken bei gleichzeitiger Verminderung des ATP-Gehaltes²²⁸. Die Wirkungslosigkeit von Ouabain am DNP-vergifteten isolierten Vorhof wurde auch von anderer Seite bestätigt¹²⁰. Diese und die früher bereits erwähnten Untersuchungen Wollenberger's führten zu folgender *Hypothese der Glykosidwirkung*. Auch therapeutische Glykosiddosen erhöhen den Phosphatstoffwechsel, doch ist ein verstärkter Abbau von einer vermehrten Synthese begleitet, und der Gehalt an ∞PO_4 ändert sich nicht. Wird nun die Synthese dieses Phosphates durch DNP blockiert und damit das PC im Herzen herabgesetzt, so bewirken therapeutische Glykosiddosen infolge verstärkten Abbaues eine Abnahme des ATP und führen damit zu toxischen Erscheinungen am Myokard. Die Stoffwechselwirkung therapeutischer und toxischer Dosen konnte bei dieser Interpretation auf den gleichen Angriffspunkt zurückgeführt werden.

Die Untersuchungen über die Beeinflussung der ATPase-Aktivität durch die Glykoside lassen an eine gewisse Analogie zu ihrer Wirkungslosigkeit auf isolierte oxydative Enzymsysteme denken. Wie betont ist die Integrität der Myokardzelle Voraussetzung der Glykosidwirkung. Es muß die Möglichkeit erwogen werden, daß aus demselben Grund keine sichere Wirkung der Glykoside auf die ATPase an isolierten Objekten gefunden wurde.

Fassen wir das vielseitige Material zusammen und versuchen, das derzeit Wesentliche herauszuschälen, so ergibt sich: Die Mehrzahl der Untersucher fand keine sicheren Argumente, die auf eine Wirkung der Herzglykoside für die Energiebereitstellung hinweisen. Hingegen sprechen verschiedene Befunde für eine Förderung der Energieausnutzung durch die Glykoside. Ob es sich dabei um einen erhöhten Abbau von PC oder ATP handelt, kann höchstens vermutet werden. Auch hier stellt sich die Frage nach Ursache und Wirkung: Ist ein Effekt der Glykoside auf den Phosphatabbau primäre Wirkung oder sekundäre Folge eines anderen Glykosideffektes? Verbessern, anders gesagt, die Glykoside die Kontraktilität infolge erhöhten Phosphatabbaues, oder fordert die erhöhte Kontraktilität resp. der ihr zugrunde liegende Glykosideffekt einen erhöhten Phosphatabbau?

5 Die kontraktile Elemente

Unsere Kenntnisse über den Mechanismus der Muskelkontraktion basieren vor allem auf Untersuchungen, die anstreben, die Kontraktion

sern

zu a

... ¹¹⁹ *Wassil und Edsall* brachten die Doppelbrechung von Myosinlösungen in Beziehung zu derjenigen der kontraktile Muskelemente. *Weber*¹²⁰ stellte aus Myosinlösungen kontraktile Eiweißfäden her. Es war insbesondere das Verdienst von *Szent Gyorgyi*¹²¹, Actin zu isolieren und zu zeigen, daß Actomyosin aus Myosin und Actin zusammengesetzt ist. Bei Zusatz von ATP zum Actomyosin konnte er dieses Protein in seiner Form verändern (Superpräzipitation) und Actomyosinfäden zur Kontraktion bringen. Weiterhin entwickelte *Szent Gyorgyi* durch Glycerinextraktion eine Art «Actomyosinpräparat», in welchem die histologische Struktur des Muskels erhalten bleibt und das sich nur bei Zugabe von ATP kontrahiert. Damit erscheint es möglich, eine biologische Kontraktionsfunktion der Muskel-
strat in vitro zu re

die Fähigkeit zukommen soll, die Phosphorylierung im Verhältnis zur Oxydation zu erhöhen (Köhler et al.¹⁰⁰).

Man hat verschiedentlich versucht, den Angriffspunkt der Herzglykoside durch Bestimmung ihrer *intrazellulären Verteilung* zu erfassen, d. h. durch den relativen Glykosidgehalt der Mitochondrien, des Zellkerns oder der Wasserfraktion. Diese verschiedenen Fraktionen wurden durch differenziertes Zentrifugieren erhalten. Da die Resultate aber nicht einheitlich ausfallen, dürfte es noch verfrüht sein, aus diesen Untersuchungen Rückschlüsse auf den Wirkungsmechanismus der Glykoside zu ziehen^{99, 100, 101}.

Eine Wirkung der Herzglykoside auf die erhöhte Ausnutzung der Phosphatenergie wurde wiederholt in einem Effekt auf die das ATP spaltenden Fermente gesucht. Die Ergebnisse sind jedoch nicht einheitlich: Es wurde zum Teil kein Einfluß der Glykoside auf die *ATPase-Aktivität* gefunden (Langemann¹⁰⁵; Guerra et al.⁷⁰; Reiter et al.¹⁵⁴), zum Teil eine geringgradige Stimulierung (Hegglin et al.^{80, 102}; Segre¹⁸⁴), oder eine Hemmung der durch Calcium nicht aktivierbaren Phosphatase (Kimura et al.⁹⁸). Die unterschiedlichen Befunde dürften wohl auch damit in Zusammenhang gebracht werden, daß die ATPase-Spaltung mit verschiedenen Methoden durchgeführt, sowie die Wirkung auf verschiedene ATPasen geprüft wurde. Es sind mindestens zwei ATPasen bekannt: Eine wasserlösliche und eine an Myosin gebundene. Die beiden Fermente unterscheiden sich in ihrer Beeinflussbarkeit durch Calcium und Magnesium (Szent-Gyorgyi¹⁰⁷). Bei Verwendung eines Gewebshomogenats ist die Zusammensetzung des Enzymgemisches nicht genau bekannt, und die Resultate können unterschiedlich ausfallen. Bei Trennung der beiden Enzyme ergibt sich, daß Ouabain in relativ hohen Konzentrationen von 10^{-3} M die ATPase-Aktivität im Nativ-Rinderherz-Extrakt (das die wasserlösliche und die Myosin-gebundene ATPase enthält) hemmt, hingegen diejenige des gewaschenen Actomyosins stimuliert (Edman^{43, 45}). Calcium kann diesen fördernden Ouabaineffekt verstärken. Beide ATPasen aus dem Skelettmuskel werden durch gleiche Ouabainkonzentrationen nicht beeinflusst. Ein Überschuß an Calcium läßt aber den gleichen Glykosideffekt wie am Herzmuskel in Erscheinung treten.

Inwieweit die viskosimetrische Messung der ATP-Actomyosin-Reaktion Aufschluß darüber gibt, ob es sich um eine spezifische Wirkung des Glykosids auf die ATPase oder auf die Reaktion «ADP-ATP» handelt, ist nicht sicher abgeklärt (Edman⁴⁴). Bei Messung der ATPase-Aktivität nach Dubois⁹⁷ wurde keine Wirkung des k-Strophanthosids auf die ATPase-Aktivität von Meerschweinchen- und Mauseherzen gefunden (Langemann¹⁰⁸). Auf Grund dieser divergenten Befunde dürfte es verfrüht sein, irgendeine Parallele zwischen solcher Enzymwirkung und dem therapeutischen Effekt zu suchen.

des Myokard Actins zu beeinflussen (Coule et al.³³), ebenso fordert Adrenalin die Actinpolymersation (Straub et al.³⁴). Kuschinsky¹⁰⁸ konnte den fördernden Effekt der Glykoside auf die Actinpolymerisation nicht bestätigen, auch fehlte eine Wirkung auf die «Kontraktion» des Actomyosin Gels, wie auch auf die Dissoziation und Symplexbildung von Actomyosin resp. Actin und ebenso auf die ATPase-Aktivität. Dagegen ist nach Kuschinsky die Extrahierbarkeit des «kontraktilen» Proteins, das wahrscheinlich Actin ist, am grob zerkleinerten Muskel bei Digitoxinzugabe geringer. Dieser Befund wurde als «abdichtende» Wirkung des Digitoxins erklärt, weil am grob zerkleinerten Muskel die Zellwände noch weitgehend unzerstört sind. Calcium zeigt eine gleichsinnige Wirkung. Am feinstzerkleinerten Muskel fand er die entgegengesetzte Wirkung. Nach den Befunden von Robb und Mallou¹⁵⁷ verändert Ouabain gewisse physikalische Eigenschaften des Actomyosins wie z. B. dessen Ausbreitungsfähigkeit auf der Oberfläche sowie dessen Elastizität.

Samtliche bekannten Eiweißfraktionen des Herz- und Skelettmuskels vermögen Herzglykoside in erheblichem Maße zu binden. Das Myogen des Herzmuskels, ein Albumin, bindet bedeutend mehr Glykosid als das Myosin (Dybing et al.⁴¹). Andererseits wurde bei Verwendung eines radioaktiv markierten Glykosids (C¹⁴ Acetyldigitoxigenin) eine starke Bindung an das Actin und Myosin des Froschherzens gefunden (Turba et al.¹⁰⁹). Die Glykoside werden auch an Skelettmuskel Actomyosin gebunden (Waser¹⁰⁴), das Verhältnis der Bindungsstärke von Actomyosin zu anderen Muskelproteinen ist dabei nicht bestimmt worden.

Verschiedene Versuchsanordnungen zeigten, daß die Herzglykoside auch die

wird die durch
sin II Faden ... blutige Digitoxinbeimischung erhöht (Bowen¹¹). Actomyosinfäden, die durch Kompression eines Oberflächenfilms dieser Eiweißlösung erhalten wurden, zeigen nach ATP-Zugabe nicht nur eine Verkürzung sondern sie vermögen durch Hebung eines kleinen Gewichtes auch effektive Arbeit zu leisten (Hayashi⁸¹). Beimischung von Ouabain zur Actomyosinlösung verändert nicht nur gewisse physikalische Eigenschaften der aus dieser Eiweißlösung hergestellten Fäden, sondern erhöht auch deren Kontraktilität. Die mit Glykosid vorbehandelten Actomyosinfäden verkürzen sich nach ATP Zugabe rascher und leisten eine größere Kontraktionsarbeit als unbehandelte. Diese Ouabainwirkung ist an Herz-

sermaßen um einen Modellversuch handelt, der nicht das komplette Geschehen der Muskelkontraktion wiedergibt oder erklärt. Vor allem fehlt der Erschlaffungsvorgang, der unter physiologischen Verhältnissen auf einmaligen Reiz ebenso typisch ist wie die Kontraktion. Daher ist es verständlich, daß diese Theorie der Muskelkontraktion nicht ohne Widerspruch geblieben ist.

In verschiedener Hinsicht sind Wirkungen der Herzglykoside auf die kontraktile Proteine untersucht worden. Die Viskosität mehrerer Herz- und Muskeleiweißfraktionen wird durch Strophanthin nicht verändert (Holzhausen⁹⁵). Hingegen fanden Waser et al.⁹⁸ bei Verwendung einer Actomyosinlösung aus dem Skelettmuskel, daß Herzglykoside dessen Viskosität geringgradig erniedrigen. Der Abfall ist proportional der zugefügten molaren Glykosidmenge. Weiterhin ergibt sich eine Parallelität zwischen der relativen Wirksamkeit verschiedener Glykoside auf die Viskosität der Actomyosinlösung und deren Haftfestigkeit am Herzmuskel, wie sie von Rothlin¹⁰² und anderen gefunden wurde. Die Glykoside verändern aber den Viskositätsabfall nach ATP-Zusatz nicht, was auch für die ATPase-Aktivität zutrifft. Dieser Befund bestätigt die früher von Edman⁴⁴ am Skelettmuskel erhobenen Resultate.

Voraussetzung für die Vereinigung von Actin und Myosin zu Actomyosin ist die Polymerisation des Actins, d.h. die Umformung der globularen in die fibrillare Eiweiß-Struktur (G-F Transformation). Geringe Konzentrationen von Herzglykosiden sollen die G-F Transformation des Actins aus dem Froschherzmuskel beschleunigen, wogegen selbst höchste Dosen keinen Einfluß auf die Polymerisation des Skelettmuskel-Actins ausüben (Horeath et al.⁹⁶). Auch Calcium fördert die Polymerisation von Actin (Feuer et al.⁶¹). Eine Deaminase kann die Polymerisation des Actins durch eine deaminisierende Wirkung auf das ATP verhindern (Snellman et al.¹⁰²). Neben der direkten polymerisationsfördernden Wirkung des Glykosids wurde auch ein Hemmeffekt der Glykoside auf diese Deaminase beschrieben^{101,102}. Die Anwesenheit einer ATP-Deaminase in Actinpräparaten konnte jedoch nicht bestätigt werden. Es wurde nur eine Adenylsäure-Deaminase gefunden¹⁰⁴. Wollenberger²²¹ konnte den Polymerisationseffekt der Glykoside auf das Actin ebenfalls nachweisen, bezeichnet ihn aber als unspezifisch. Denn stark herzwirksame Glykoside sind diesbezüglich nicht wirksamer als kardial unwirksame Glykoside (z.B. Hexahydroscillaren A). Auch Cortison erhöht die Polymerisation des Skelettmuskel-Actins, ohne diejenige

deutung zukommen, wenn die charakteristische und spezifische Glykosidwirkung auf die Atmung des Herzschnittes nur durch einen Angriffspunkt der Glykoside am kontraktiven Protein erklärt werden mußte. Alle bisher beschriebenen spezifischen Glykosideffekte sind an die Integrität der Zelle gebunden. Man muß sich daher fragen, ob der Effekt dieser Pharmaka auf die kontraktiven Proteine in dieser Beziehung eine Ausnahme bildet, oder ob dieser auch am Herzen *in vivo* nachweisbar ist. Von besonderer Bedeutung sind deshalb Untersuchungen, wie sie von Bing¹⁹⁴ eingeschlagen wurden und die zeigen sollen, ob bei Vorbehandlung des schlagenden intakten Herzens mit therapeutischen Glykosiddosen die Reaktivität des Actomyosinkomplexes in irgendeiner Weise verändert ist. Dieser erste Versuch ist allerdings negativ ausgefallen, doch schließt er nicht aus, daß unter anderen Versuchsbedingungen durch Vorbehandlung mit Glykosiden *in vivo* eine Beeinflussung des Actomyosinkomplexes nachgewiesen werden kann.

6 Erregungsprozeß, Kontraktion und Ionenverschiebung

Der auslösende Faktor der Muskelkontraktion ist der Erregungsvorgang. Er spiegelt sich in nachweisbaren elektrischen Veränderungen des Gewebes und der Zelle wider. Die experimentelle Klärung des Kationenaustausches während der Erregung der Nerven verdanken wir der Hodgkin'schen Arbeitsgruppe. Es würde den Rahmen der vorliegenden Arbeit weit überschreiten, auf diese neuen Ergebnisse und Erkenntnisse näher einzugehen, wir verweisen auf die entsprechende Literatur (Hodgkin¹⁹³). Diese Untersuchungen wurden zum großen Teil an der Riesennervenfaser des Tintenfisches ausgeführt und ergaben, kurz gefaßt, folgendes Resultat. Die Membran der Nervenzelle weist eine elektrische Spannung, das Ruhepotential, auf, dessen Ursache in einer ungleichen Verteilung des Na^+ und des K^+ inner- und außerhalb der Zelle liegt. Einem hohen intrazellulären K^+ -Gehalt steht ein hoher extrazellulärer Na^+ -Gehalt gegenüber. Die die Erregung einleitende Depolarisation macht die Membran für Na^+ hochgradig, aber kurzdauernd durchlässig. Infolge des Konzentrationsgefälles kommt es zum Na^+ -Einstrom und zur Potentialumkehr. In dieser Phase beginnt der Auswärtsstrom des K^+ , während die Na^+ -Permeabilität wieder abnimmt. In der Erholungsphase bilden sich diese Vorgänge wieder zurück, indem Na^+ aus der

actomyosinpräparaten ausgesprochener als an solchen aus dem Skelettmuskel (*Robb und Mallov*^{125,127}). Durch Glycerinextraktion von Herz- und Skelettmuskelstreifen erhält man Muskelpräparate, deren histologische Struktur erhalten ist, die aber nicht mehr auf elektrische und Acetylcholin-Stimulation reagieren. Diese Streifen kontrahieren sich jedoch bei Zugabe von ATP in einer isotonischen Kaliumlösung (*Szent-Györgyi*¹⁹⁷; *Taeschler et al.*¹⁹⁸). Digitoxinbeimischung verändert die Kontraktilität solcher extrahierter Skelettmuskelstreifen nicht (*Korey*¹⁰²). Auch bei Vorbehandlung der Versuchstiere in vivo mit Lanatosid C und nachtraglicher Zugabe dieses Glykosids zu den aus diesen Herzen hergestellten, extrahierten Muskelpräparaten ist die durch ATP hervorgerufene Kontraktion nicht beeinflusst: Die Arbeitsleistung, die Kontraktionsgeschwindigkeit und das Langspannungsdiagramm der Streifen sind unverändert (*Stutz et al.*¹⁹⁶). In beiden Versuchsanordnungen wurde der Einfluß der Glykoside in calciumfreier isotonischer Kaliumlösung geprüft. Neuere Befunde von *Edman*^{46,47} zeigen, daß Ouabain oder Calcium allein die ATP-Kontraktion von extrahierten Skelettmuskelstreifen nicht erhöhen, daß aber *bei gleichzeitiger Zugabe von Calcium und Ouabain* die Kontraktionsgröße um 33% verstärkt ist. Die Anwesenheit von Calcium scheint somit eine notwendige Voraussetzung zu sein, den Glykosideffekt an diesem Muskelpräparat auszulösen.

Die meisten der eben zitierten Untersuchungsbefunde ergaben, daß *die Glykoside in irgendeiner Weise mit dem Actomyosinkomplex interferieren*, sei es durch Bindung des Glykosids an diese Proteine, sei es durch Veränderung gewisser physikalischer Eigenschaften oder der durch ATP hervorgerufenen Kontraktion. *Dabei erhebt sich die Frage, ob die an den kontraktile Proteinen beobachteten Wirkungen zusammenhängen und Ausdruck eines einzigen spezifischen Effektes der Glykoside auf die kontraktile Proteine sind.* Nur einige Autoren treten auf die Frage der Spezifität dieser Herzglykosidwirkung ein. Der Polymerisationseffekt der Herzglykoside dürfte kaum spezifisch sein²³¹, ebenso wird aber auch die Kontraktilität von Actomyosinfäden durch nicht-kardioton wirksame Stoffe, wie Histamin, Alkohol etc., erhöht (*Robb*¹⁵⁸). Solche Resultate müssen jedoch einen Angriffspunkt der Glykoside an den Muskelproteinen nicht unbedingt ausschließen, denn der kardiale Glykosideffekt kann komplexer Natur sein und eventuell erst durch Integration der Wirkungen am Actomyosinkomplex, im Intermediarstoffwechsel und am Ionentransport der Membran zustande kommen. Einer solchen Auffassung dürfte Be-

mus der Glykoside, denn auch hier stellt sich die gleiche Alternative Beeinflussen diese Pharmaka den Actomyosinkomplex oder den Ionenaustausch?

Über die physiologische Rolle des Ca^{++} beim muskulären Erregungs- und Kontraktionsprozeß sowie über seine Bedeutung beim K^{+} - und Na^{+} Austausch ist uns weniger Sicheres bekannt. Wir wissen seit den Untersuchungen von *Ringer*¹³⁶ nur, daß Ca^{++} ein unerläßlicher Faktor für die normale Herzmuskeltätigkeit ist. Veränderung der optimalen Calciumkonzentration modifiziert die Herzfunktion.

Da die Erregung und der Ionenaustausch eng mit den energetischen Prozessen und dem Zellstoffwechsel verknüpft sind, hat eine Übersicht über die Glykosidwirkung auf den Myokardstoffwechsel auch diese Seite zu berücksichtigen. Es steht heute außer Zweifel, daß die *Herzglykoside eine Wirkung auf den Erregungsvorgang ausüben*. Es soll hier nicht näher auf diese spezielle Wirkung der Glykoside eingegangen, sondern nur kurz daran erinnert werden, daß die Glykoside das *Aktionspotential* der Myokardzelle im Sinne einer Verkürzung der Repolarisationsphase beeinflussen (*Woodbury und Hecht*¹³⁸). Diese Glykosidwirkung auf das Aktionspotential ist nicht auswaschbar (*Stutz et al*¹³⁹). Die typischen *EKG Veränderungen* bestehen in einer Verlängerung der Überleitungszeit vom Vorhof zur Kammer (PQ), einer Verkürzung der QT Distanz und ferner in einem partiellen oder totalen Block. Bei gleichzeitiger Wirkung auf die Refraktärperiode und die Erregbarkeit resultiert das vielfältige Bild von heterotypen Rhythmen, Bigeminie, Tachysystolie und letztlich Kammerflimmern (*Rothlin et al*¹⁴⁰). Die Bedeutung dieser durch die Herzglykoside hervorgerufenen Veränderungen im bioelektrischen Geschehen des Erregungs- und Kontraktionsprozesses und ihrer Beziehung zur Wirkung dieser Pharmaka auf die Herzdynamik und auf den Myokardstoffwechsel ist heute noch unklar. Mannigfaltig sind die Untersuchungen über den *Einfluß des Ionenmilieus auf die Glykosidwirkung*.

a) Calcium

Die Versuche von *Clark*¹⁴¹ und von *Loewi*^{138, 137} zeigten, daß das Calcium einen bedeutenden Einfluß auf die Wirkung der Herzglykoside ausübt. Die fehlende Glykosidwirkung am Froschherzen in Ca freier Ringerlösung veranlaßte *Loewi* zu folgender Hypothese: Die Herzglykoside besitzen keine direkte Wirkung auf die Herzmuskelkontraktion, sondern sie sensibilisieren das Myokard für Cal

Zelle herausbefördert und K^+ eingepumpt wird. Da diese Austauschvorgänge entgegen dem Diffusionsgefälle verlaufen, erfordern sie eine aktive metabolische Zelleistung, die als Na- und K-Pumpe bezeichnet wird. Genaue Kenntnisse über den Mechanismus der Pumpe fehlen zur Zeit. Wir wissen nur, daß sie durch das phosphorylieren von ATP in ADP + P_i angetrieben wird. Wie bei

der Nervenregung spielen sich auch bei der Muskelkontraktion ab. Die Ergebnisse dieser Untersuchungen hat kürzlich Fleckenstein⁵⁵ zusammengefaßt. Bei jeder Muskelverkürzung oder -kontraktion tritt Kalium aus der Zelle aus. Das Ausmaß dieser Kaliumabgabe verläuft ungefähr parallel dem Grade der Verkürzung. Bei der reversiblen Muskelkontraktion oder -kontraktur wird dieser Verlust durch einen Einstrom von Natrium kompensiert. Die Rückresorption von K^+ und das Austreiben von Na^+ in der Erholungsphase erfolgt gegen das Diffusionsgefälle und benötigt daher osmotische Energie. Dieser Befund besagt, daß die Ionenverschiebungen mit starken Energieverschiebungen gekoppelt sind und daß deshalb die Kaliumspeicherung in der Zelle mit einer bedeutenden Energieaufladung einhergeht. Diesem physikalisch-chemischen Energiespeicher stellt Fleckenstein die bekannten chemischen Energiespeicher zur Seite (energiereiche Phosphate etc.). Die vom Muskel gestapelte osmotische Energiemenge dürfte nach theoretischen Berechnungen wesentlich höher sein als die aus der ATP—ADP-Spaltung resultierende und liegt absolut in der Größenordnung der vom Herzen pro Systole geleisteten Arbeit. Solche Berechnungen wurden an Schildkrötenherzen durchgeführt (Wilde und O'Brien²¹⁸). Die Depolarisation der Membran ist eng mit der Verkürzung des Muskels gekoppelt, während die Relaxation des Muskels aus der Kontraktion von den oxydativen Stoffwechselvorgängen und insbesondere von der Bereitstellung energiereicher Phosphate abhängt. Daraus leitet Fleckenstein⁵⁵ die Alternative ab, daß die Spaltung der energiereichen Phosphate und insbesondere des ATP entweder die direkte unmittelbare Energiequelle für die Actomyosinkontraktion sei oder für die Membranaufladung gebraucht werde, die bei ihrer Entladung ihrerseits die Energie zur Actomyosinkontraktion liefert. Der ATP-Theorie der Muskelkontraktion von Szent Györgyi¹⁹⁷ wird damit eine Ionen-Theorie gegenübergestellt. Es ist jedoch verfrüht, eine der Alternativen mit Sicherheit anzunehmen, da für beide gewisse Argumente sprechen. Die beiden Theorien der Muskelkontraktion haben aber ihre Bedeutung für den Wirkungsmechanismus.

toxische, sondern auch die therapeutische, kardiotone Glykosidwirkung am Froschherzen und am isolierten Vorhof wird durch Calciumzugabe verstärkt (Wilbrandt et al.²¹⁵) Salter et al.^{169 170 171} finden diesbezüglich am isolierten Froschherzen einen quantitativen Synergismus. Wird die Kontraktionskraft des Froschherzens durch einen definierten Calciumentzug vermindert, so kann die Herzkraft durch eine bestimmte Glykosidmenge wieder normalisiert werden. Diese Beziehung von Calciummangel zu Glykosidzugabe verläuft linear über einen weiten Dosenbereich (Salter et al.^{169 170 171}). Ein bestimmtes Glykosid kann somit bezüglich seiner inotropen Wirkungsintensität charakterisiert werden durch die Zahl von Calciumionen, die es substituieren kann. Glykoside und Calcium beeinflussen auch die Kaliumwirkung auf das Herz quantitativ gleichsinnig.¹⁷¹ Auf Grund dieser Versuche kann die inotrope Wirkung des K^+ , Ca^{++} und des Glykosids am Froschherzen als Normogramm aufgezeichnet werden, und bei Kenntnis der Konzentration der drei Stoffe ist die Kontraktionsamplitude des Herzens aus diesem Normogramm ersichtlich.¹⁷¹ Auch die Glykosidwirkung auf das EKG des isolierten Froschherzens wird durch Ca^{++} verstärkt im Sinne einer weiteren Verkürzung der elektrischen Systole und einer Begünstigung des Ventrikelautomatismus (Baker et al.^{7 8}).

Bei Calciumverminderung in der Ringerlösung können gewisse Glykosiddefekte gehemmt resp. rückgängig gemacht werden. Z. B. die inotrope Wirkung am Vorhof und am Froschherzen und die Glykosidkontraktur des Frosch- oder des Langendorff Herzens.^{8 215} Calciummangel ändert auch den Repolarisationsverlauf der Herzmuskelzelle des Frosches. Diese Veränderung des Aktionspotentials kann durch

Das bildet ein komplexes Salz, das im neutralen und sauren pH-Bereich nicht dissoziiert (Schwarzenbach et al.¹⁸¹), weshalb durch Verabreichung von NaEDTA am Herz-Lungen Präparat (HLP) und am Tier in vivo (Rothlin et al.¹⁸²) Störungen können stets vorübergehen. Die Wirkung des NaEDTA am Ganztier ist nur sehr kurzdauernd, weil bei Senkung des Calciumspiegels durch den Komplexbildner vom Körper rasch Calcium mobilisiert wird. Auch ist die negativ inotrope Wirkung des NaEDTA am HLP ausgesprochener als seine Wirkung auf

cium, so daß ein normaler Calciumgehalt so wirkt wie eine hohe Calciumkonzentration. Diese Hypothese kann allerdings nicht das ganze Wirkungsspektrum der Glykoside erklären, weshalb dem Glykosid noch ein weiterer spezifischer Einfluß auf das Herz zugeschrieben wird (Blumenfeld und Loewi¹⁴). Die Loewi'sche Auffassung wurde mehrmals angefochten, weil eine kardiotone Glykosidwirkung ebenfalls in Ca-freier Ringerlösung gefunden wurde (Fischer⁵³, Mandelstamm¹²⁶). Calcium beeinflusste in diesen Versuchen den Verlauf der Glykosidvergiftung nicht, weshalb die Glykosidwirkung sich unabhängig von der des Calciums zu vollziehen schien. Das mit Glykosid behandelte Herz ist nicht ausschließlich gegen Calcium sensibilisiert, auch andere Stoffe verstärken dessen Kontraktur-
neigung (Fischer⁵³). Unbestritten ist hingegen, daß Calcium am Herzen eine den Glykosiden sehr ähnliche Wirkung entfaltet, und eine Vielzahl von Autoren beschreiben eine Verstärkung der toxischen und letalen Herzglykosidwirkung durch Calcium (Allein Nahum und Hoff¹⁴⁴ bezweifeln einen additiven Effekt dieser beiden Wirkstoffe am intakten Kanarienvogelherzen). Die Verstärkung des Glykosideffektes durch Calcium zeigt sich am Froschherzen, am isolierten Langendorff-Präparat und am Herz-Lungen-Präparat (Nijn und Dubois¹⁴⁶, Wiechmann¹⁰⁸, Baker et al.⁸, Baker⁵). Die mittlere letale Dosis eines Calcium-Glykosidgemisches bei der Maus ist geringer als die der Einzelkomponenten (Tarail et al.¹⁹⁹). Eine quantitative Beziehung kann insofern festgelegt werden, als mit steigenden Dosen von Calcium die Dosis letalis des Ouabains abfällt⁵. Es wurde auch versucht, die Beziehung des Calciums und der Glykoside als additiv (= Lieberman¹¹⁴, McGugan et al.¹³⁴, Mandelstamm¹²⁶), als partiell additive (Smith et al.¹⁸⁹) und als synergistische Wirkung zu bezeichnen (Gold et al.⁶⁰, Billigheimer¹², Schuntermann¹⁸⁰). Eine solche Differenzierung ist allerdings mit einer gewissen Vorsicht zu beurteilen, weil Versuchsbedingungen und Terminologie nicht einheitlich sind. Calcium zeichnet sich durch eine relativ kurzdauernde, aber rasch einsetzende Wirkung aus, während die des Glykosids langsam und zunehmend einsetzt und lange anhält. Damit ist die Beziehung von Calcium zum Glykosid stark abhängig von der Art der Verabreichung (Vorbehandlung, simultane Applikation etc.), sowie von der Geschwindigkeit der Injektion (McGugan et al.¹³⁴, Lieberman¹¹⁴). Am embryonalen Entenherzen war die Wirkung des Calciums jedoch verschieden von der der Glykoside, und ein Synergismus von Calcium und Glykosid konnte nicht nachgewiesen werden (Friedman et al.⁶⁷). Nicht nur die

Auf Grund dieser Versuche stellte *Salter* das Postulat der K-Ca-Relation für die Inotropie des Herzmuskels in Frage. Am Papillarmuskel der Katze beeinflusst ein unterschiedlicher Kaliumgehalt (3,5–8,5 mMol) die positiv inotrope Glykosidwirkung nicht, wohl aber wird das Auftreten von toxischen Erscheinungen (Arrhythmie) durch höhere Kaliumkonzentrationen gehemmt. Daraus wurde die Schlußfolgerung gezogen, daß das Kalium wohl eine Rolle spielt im Arrhythmiephänomen, nicht aber direkt beteiligt ist an der inotropen Wirkung (*Green et al*⁴⁵, *Garb*⁴⁶). (Die inotrope Wirkung des Calciums ist dagegen auch am Papillarmuskel nachweisbar⁴⁵). Wird dagegen die kardiotope Glykosidwirkung am Froschherzen und am isolierten Vorhof ausgedrückt als Quotient der Wirkung von Strophanthosid im modifizierten Ionenmilieu und der Summe der Wirkungen von Strophanthosid und Ionenänderung selbst, so ergibt sich, daß Kaliummangel sowie Calciumüberschuß die Glykosidinotropie verstärken, Kaliumüberschuß sowie Calciummangel sie aber abschwächen (*Wilbrandt et al*⁴⁷). Die Kaliumeffekte sind stärker als die des Calciums. Der Kaliummangel kann wie der Calciumüberschuß selbst glykosidähnlich wirken⁴⁸.

Es wurde am Menschen und am Tier wiederholt gezeigt, daß ein Kaliummangel das toxische Glykosidwirkung verstärkt.

Kalium

A V Blo

chung führt zu Erscheinung (*Friedman et al*⁴⁹). Ebenso verkürzt ein Kaliummangel die Stillstandszeit des Langendorff-Herzens nach Ouabain (*Baker*⁵). Auch beim Menschen konnte gezeigt werden, daß eine Verminderung des Kaliumgehaltes infolge Diurese, Unterernährung, Dialyse mit künstlicher Niere etc. die toxischen Glykosid-effekte früher und bei niedrigeren Dosen in Erscheinung treten läßt, diese Wirkung ist reversibel (*Lown et al*^{121 122 123}). Andererseits hemmt ein Kaliumüberschuß die toxischen Glykosideffekte am Hunde HLP (*Durstein et al*⁶), am Langendorff-Herzen (*Baker*⁵), sowie beim intakten Meerschweinchen (*Hazard et al*⁵⁰). Auch die letale Glykosiddosis wird durch gleichzeitige Kaliumverabreichung erhöht, wogegen aber die Brechwirkung der Glykoside nicht beeinflusst wird⁵. Eine gleiche Hemmwirkung der Glykoside durch Kaliumzugabe wird auch am embryonalen Froschherzen beobachtet⁵¹.
allein durch d
dern Kalium
*man et al*⁵²)

„uncompressive Eigenwirkung“ (*Fried*

die Glykosidarrhythmie (Rothlin¹⁶⁵) Weiterhin kommt dem NaEDTA auch eine eigene und von der Calciumbindung unabhängige, depressive Wirkung auf die Herzdynamik zu, so daß eine Hemmung der toxischen Glykosideffekte nicht allein die Folge des Calcium entzuges ist (Rothlin¹⁶⁵) K-EDTA hemmt die Glykosidarrhythmie wesentlich stärker als NaEDTA, wobei die freigewordene Kaliummenge aus dem Komplexon allein keine Hemmwirkung ausübt (Smith et al¹⁸⁰)

Der Wirkungsmechanismus des Calciums resp des Synergismus Ca^{++} plus Glykosid ist nicht bekannt Es wurde die Vermutung geäußert, daß bei dem durch Ca-Mangel geschädigten Herzen auch der Ionenaustausch an dessen Membran verändert ist (Trautwein et al²⁰¹) Calcium wirkt nun aber gerade gegensinnig zu den Glykosiden auf den normalen Kaliumaustritt aus dem Muskel in vitro, indem durch Ca^{++} der Kaliumaustritt gebremst wird (Gossweiler et al⁶³) Es wurde auch angenommen, daß Veränderungen des extrazellulären Calciums Verschiebungen im intrazellulären Ca^{++} verursachen, die über den Ca -Einfluß auf die ATPase-Aktivität die Kontraktilität des Actomyosins beeinflussen können (Wilbrandt²¹⁷) Schuntermann¹⁸⁰ äußert die Vermutung, daß der Synergismus von Ca^{++} und Glykosid sich im Gewebe selbst resp im Ionenmilieu des Erfolgsorgans abspielt, da der Calciumgehalt des insuffizienten und glykosidempfindlichen Herzens erhöht ist und weil Parathormon, das die Ca^{++} Bindung im Gewebe beeinflußt, die Glykosidempfindlichkeit erhöht

b) Kalium

Wie schon Clark²¹ und Loewi^{116 117} zeigten, wird die Glykosidwirkung nicht nur durch Calcium, sondern auch – in entgegengesetztem Sinne – durch Kalium beeinflusst Dieser Effekt bezog sich auf die toxische Wirkung der Glykoside Bei der Untersuchung der Wirkung der Herzglykoside bei verschiedenem Kaliumgehalt ist zu differenzieren, ob es sich um eine kardiotope, positiv inotrope Wirkung handelt oder um einen toxisch arrhythmischen Glykosideffekt Nach Salter et al¹⁷¹ ist die Kontraktilität des Froschherzens am größten bei 4,8 mMol Kalium, höhere und geringere Konzentrationen vermindern die Kontraktilität Calciumzugabe erhöht jeweils die Kontraktionsamplitude, ändert aber das qualitative Bild der wechselnden Kaliumkonzentration nicht, denn die Kontraktionsamplitude zeigt immer noch in gleicher Weise ihren Gipfelpunkt bei 4,8 mMol Kalium

Auf Grund dieser Versuche stellte *Salter* das Postulat der K Ca-Relation für die Inotropie des Herzmuskels in Frage. Am Papillarmuskel der Katze beeinflusst ein unterschiedlicher Kaliumgehalt (3,5–8,5 mMol) die positiv inotrope Glykosidwirkung nicht, wohl aber wird das Auftreten von toxischen Erscheinungen (Arrhythmie) durch höhere Kaliumkonzentrationen gehemmt. Daraus wurde die Schlußfolgerung gezogen, daß das Kalium wohl eine Rolle spielt im Arrhythmiephänomen, nicht aber direkt beteiligt ist an der inotropen Wirkung (*Green et al*⁴³, *Garó*⁴⁰). (Die inotrope Wirkung des Calciums ist dagegen auch am Papillarmuskel nachweisbar⁴⁴). Wird dagegen die kardiotope Glykosidwirkung am Froschherzen und am isolierten Vorhof ausgedrückt als Quotient der Wirkung von Strophanthosid im modifizierten Ionenmilieu und der Summe der Wirkungen von Strophanthosid und Ionenänderung selbst, so ergibt sich, daß Kaliummangel sowie Calciumüberschuß die Glykosidinotropie verstärken, Kaliumüberschuß sowie Calciummangel sie aber abschwächen (*Wilbrandt et al*⁴⁵). Die Kaliumeffekte sind stärker als die des Calciums. Der Kaliummangel kann wie der Calciumüberschuß selbst glykosidähnlich wirken⁴⁵.

Es wurde am Menschen und am Tier wiederholt gezeigt, daß ein Kaliummangel die toxischen Glykosideffekte verstärkt. Bei erniedrigtem Kaliumgehalt der Perfusionslösung treten Rhythmusstörungen und A-V-Block am embryonalen Entenherzen nach Glykosidverabreichung früher in Erscheinung (*Friedman et al*⁴⁶). Ebenso verkürzt ein Kaliummangel die Stillstandszeit des Langendorff Herzens nach Ouabain (*Baker*⁴⁷). Auch beim Menschen konnte gezeigt werden, daß eine Verminderung des Kaliumgehaltes infolge Diurese, Unterernährung, Dialyse mit künstlicher Niere etc. die toxischen Glykosideffekte früher und bei niedrigeren Dosen in Erscheinung treten lassen.

Es ist

e

e

schwe

durch

die Brechwirkung der Glykoside nicht beeinflusst wird⁴⁸. Eine gleiche Hemmwirkung der Glykoside durch Kaliummangel ist

man

et

al

et al⁴⁹)

~ Ausdrucksweise Eigenwirkung (*Fried*

nach Lanatos d C parallel mit einer erhöhten Kaliumabgabe aus dem Muskel. Beide Effekte werden durch Erhöhung des Kaliumgehaltes in der Perfusionslösung gehemmt und durch Abnahme der Kaliumkonzentration verstärkt (Holland et al.⁶⁶). Na^+ -Mangel in der Perfusionslösung hebt ebenfalls den K^+ -Verlust nach dem Glykosid auf.⁶⁷

Herzglykoside sowie Aglukone bewirken eine Hemmung des aktiven Ionen-transportes durch die Erythrozytenmembran. Da dabei weder die Atmung noch die Glykolyse vermindert ist, dürfte es sich bei dieser Bremsung der Na-K-Pumpe nicht um eine blockierende Wirkung auf die Energiebereitstellung handeln (Schatzmann¹⁷⁶). Diese Hemmung des Kalumeintrittes und des Natriumaustrittes an Erythrozyten wurde bestätigt, weiterhin konnte gezeigt werden, daß dieser Effekt spezifisch den Herzglykosiden und Aglukonen zukommt, nicht aber anderen kardioton wirksamen Stoffen wie Proteratrin, Adrenalin, Veratridin etc. (Kahn et al.⁶⁷). Auch am Frosch Sartorius hemmt Ouabain den aktiven Na-Transport (Matchett et al.¹²⁹).

Die Zunahme des Kaliumverlustes unter der k-Strophanthin-Einwirkung zeigt sich nach Schatzmann und Witt¹⁷⁷ nur am ruhenden, nicht aber am kontrahierenden Skelettmuskel, bei dem die spontane Kaliumabgabe im Vergleich zum ruhenden Muskel erhöht ist. Verdoppelung der Reizfrequenz verändert den Kaliumaustritt nicht. Wenn bei niedriger Reizfrequenz der Kaliumverlust des Muskels durch das Glykosid nicht beeinflusst wird, so vermag bei höherer Reizfrequenz eine gleiche Strophanthinkonzentration den Kalium-

austritt aus dem kontrahierenden Skelettmuskel erhöht. Strophanthin vermindert auch in dieser Versuchsanordnung den Kaliumaustritt des Muskels. Diese Befunde führten zur Annahme, daß das Glykosid am ruhenden Muskel den Kalumeintritt hemmt, aber zusätzlich am kontrahierenden Muskel den Kaliumaustritt erhöht. In der Ruheperiode auch den K-

Es ergibt sich also, daß die Wirkung der Herzglykoside am schlagenden Herzen, indem die Herzglykoside auch die durch niedere DNP-Dosen hervorgerufene Insuffizienz beheben^{68, 100, 144} und weiterhin der kardiale Glykosideffekt von der Kontraktionsfrequenz des Muskels abhängt. Nach Weiszacker²⁰⁰ ist der toxische Glykosideffekt direkt proportional zur Herzfrequenz. Wird die Glykosidwirkung ausgedrückt als prozentuale Zunahme der Spannungsleistung des elektrisch gereizten Frosch-Sartorius, so hängt bei gleicher E-

Der antiarrhythmische Effekt des Kaliums bei Glykosidintoxikation zeigt sich auch beim Menschen. Die therapeutische Brauchbarkeit wurde des öfters in Frage gestellt (*Hazard et al.*⁸²; *Enselberg et al.*⁸⁰; *Lown et al.*^{121, 122, 123}; *Brown et al.*²⁰; *Sampson et al.*¹⁷²). Andere Arrhythmien sollen durch Kalium nicht beeinflusst werden (*Lown et al.*^{122, 123}). Wenn gewisse toxische Glykosideffekte durch Kaliumüberschuß gehemmt oder abgeschwächt werden können, so kann andererseits die Glykosidkontraktur des isolierten Froschherzens auch durch Perfusion mit kaliumfreiem Ringer rascher behoben und damit die normale Kontraktilität wiederhergestellt werden (*Scarinci*¹⁷⁸).

Kalium beeinflusst nicht nur die Glykosidwirkung, sondern auch der umgekehrte Fall: Glykoside beeinflussen das Kaliumgleichgewicht. So wird auf das Froschherz durch Ouabain potenziert (*Sedgwick*¹⁸²).

c) Ionenaustausch

Als *Calhoun* und *Harrison*²⁴ eine Verminderung des Kaliumgehaltes im Herzen nach Verabreichung von Glykosiden nachwiesen und *Cattell et al.*^{26, 27} auf den erhöhten Kaliumaustritt aus dem Skelettmuskel nach *Strophanthus* aufmerksam machten, wurde der Wirkung der Glykoside auf den Ionentransport eine neue Bedeutung beigemessen. Diese Befunde wurden wiederholt bestätigt, und es zeigte sich, daß die Glykoside den Kaliumaustritt am aktiven Herz- und Skelettmuskel fördern (*Wood und Moe*²³³; *Orabona et al.*¹⁴⁷; *Sherrod*¹⁸⁶; *Schatzmann et al.*¹⁷⁷; *Hagen*⁷⁴; *Friedman et al.*⁸⁴; *Holland et al.*⁹³). Wenn diese Befunde im toxischen Dosenbereich ziemlich übereinstimmend sind, so weichen jene nach therapeutischen Dosen voneinander ab. Am HLP und am intakten Hund kommt es wahrscheinlich zu einer geringen Senkung des Kaliumgehaltes (*Wood und Moe*²³³; *Calhoun et al.*²⁴), bei der Katze und am isolierten Schildkrotenherzstreifen resultiert keine Veränderung (*Wedd*²⁰⁶). In anderen Versuchen am intakten Katzenherzen und am Langendorff-Präparat nahm der Kaliumgehalt sogar zu (*Boyer und Poindexter*¹⁷; *Hagen*⁷⁴). Nach *Holland et al.*⁹³ können niedere Konzentrationen von Lanatosid C den spontanen Kaliumverlust des isolierten Herzens hemmen, während höhere Konzentrationen diesen eindeutig verstärken.

Die Wirkung des Kaliumverlustes auf die Zelle wird am embryonalen
rhindert (*Friedman*
leitungsstörungen

und die Glykoside ihre kardiotope Wirkung dadurch ausüben, daß sie die ungünstige Kaliumanhäufung im Zellinnern verhindern resp rückgängig machen (Nach den Versuchen von *Holland et al*⁴² wird der Kaliumverlust der Herzmuskelzelle durch Natrium ersetzt, gleichgültig ob die Kaliumabnahme spontan oder infolge einer Glykosideinwirkung auftritt)

Das Treppenphänomen des Froschherzens wird durch Calcium in gleicher Weise gehemmt wie durch die Herzglykoside und den Kaliummangel, Veränderungen der Calciumkonzentration wirken diesbezüglich wesentlich stärker als gleich große Veränderungen der Kaliumkonzentration (*Moulin und Wilbrandt*¹³⁹)

Diese interessanten Versuchsbedingungen erlauben sicherlich einen weiteren Einblick in den Wirkungsmechanismus der Herzglykoside. Die Beeinflussung des Treppenphänomens durch jede dieser Substanzen, Glykosid, Ca^{++} , Desoxycorticosteron, Serum, K^+ Mangel, geht parallel mit ihrer positiv inotropen Wirkung am Froschherzen (*Hajdu et al*¹⁴⁰). Da Calcium und die Glykoside am Treppenphänomen des Froschherzens gleichartig wirken, erhebt sich die Frage, ob Calcium in dieser Versuchsanordnung ebenfalls zu einer Abnahme des intrazellulären Kaliums führt. Am Skelettmuskel wurde eine solche Wirkung nicht beobachtet (*Geffeler et al*⁴³). *Wilbrandt*^{138, 139} erwog auf Grund seiner Versuche eher eine Wirkung des Herzglykosids auf den Calciumtransport an der Zellmembran als auf deren K^+ Austausch. Um diese Hypothese zu prüfen, wurde ein Froschventrikel einer Ringerlösung mit achtfachem Calciumgehalt ausgesetzt, wobei ein Teil dieses Calciums markiert war als radioaktives Ca^{45} . In einigen Versuchen wurden die Tiere auch durch s.c. Injektion von Ca^{45} vorbehandelt. Nach Ersatz dieser calciumreichen Lösung durch normalen Ringer wurde der Austritt von Ca^{45} aus dem Muskel in die Ringerlösung gemessen. *λ-Strophanthosid* vermindert die Austrittsgeschwindigkeit des Ca^{++} um 71%. Es besteht somit auch ein Einfluß der Glykoside auf den Calciumaustritt durch die Zelle. Es wird vermutet, daß die Wirkung an der Zellmembran erfolgt.

der Calciummangel

myosins infolge

Die Frage bleibt allerdings noch offen, ob die Calciumwirkung auf das Treppenphänomen nicht ebenfalls infolge einer Beeinflussung des Kaliumtransportes zustande kommt resp. ob in *Szent Gyorgy's*^{78, 79}

Inotropie direkt von der Herzfrequenz ab (Wilbrandt²¹⁴) Untersuchungen am isolierten Meerschweinchenvorhof ergaben, daß k-Strophanthin den Frequenzeffekt, d. h. die direkte Abhängigkeit der Kontraktionsamplitude von der Reizfrequenz aufhebt (Furchgott⁶⁸), und schließlich nimmt der arbeitende Skelettmuskel mehr Strophanthosid auf als der ruhende (Del Pozo et al.³⁵)

Ein Zusammenhang dieser frequenzabhängigen Glykosideffekte mit Ionenverschiebungen wurde allerdings nicht geprüft

Szent-Gyorgyi und Hajdu⁷⁶ packten das Problem der Glykosidwirkung auf den Ionenaustausch an der Muskelzelle von einer ganz anderen Seite an. Sie benutzten als Test das «staircase»- oder Treppenphanomen von Bowditch¹⁵. Dieses besagt, daß nach längerer Unterbrechung der Tätigkeit des Froschherzens die Amplitude anfänglich vermindert ist und erst allmählich, treppenartig, zum maximalen Wert ansteigt. Diese niemals näher analysierte Erscheinung deuteten Szent-Gyorgyi und Hajdu so, daß jede Muskelkontraktion einen für die folgende Kontraktion günstigeren Zustand hinterläßt, daß aber beim ruhenden Muskel diese günstigere Voraussetzung mit der Zeit wieder verschwindet. Diese Untersucher konnten zeigen, daß das Treppenphanomen in kaliumfreier Ringerlösung aufgehoben ist, und interpretierten deshalb die Erscheinung der Treppe als Folge einer relativen Anhaufung von Kalium im Zellinnern, die ihrerseits die Tätigkeit des Actomyosins hemmen soll.⁷⁶ Mit jeder Kontraktion wird wieder etwas mehr Kalium herausbefördert und damit eine günstigere Voraussetzung für die Actomyosinkontraktion geschaffen. Hajdu konnte zeigen, daß ein Verlust von nur 3 mEq Kalium aus dem Zellinnern die Spannung des Froschherzmuskels von 0% auf 100% erhöht. Ein aquivalenter Natriumverlust des Zellinnern hat einen gleichen Effekt. Da dieser Ionenverlust von einem entsprechenden Wasserverlust gefolgt ist, und Änderungen der Ionenkonzentration im Zellinnern durch Wasserverschiebung allein keine Wirkung auf die Spannungskraft ausüben, sind die kontraktilen Proteine nur empfindlich auf Änderungen im totalen Ionengehalt des Zellinnern, nicht aber auf Änderungen der Ionenkonzentration. Ist der Ionengehalt des Zellinnern sehr stark erniedrigt, so geht der Muskel in Kontraktur. Glykoside, Desoxycorticosteron und Progesteron verhindern das Treppenphanomen und blockieren den Wiedereintritt des ausgetretenen Kaliums. Sie führen damit zur Abnahme des Kaliumgehaltes im Zellinnern.^{75, 76, 77} Die Autoren schließen daraus, daß die Anhaufung von Kalium im Zellinnern die Tätigkeit des Actomyosins hemmt.

mende Wirkung entfalten¹⁰¹ Am isolierten Halsganglion wird die Wirkung von ACH, K^+ oder Nervenreizung, resp an der neuromuskulären Synapse die von Succinyl und Decamethonium, in gleichem Maße gesteigert Diese am isolierten Ganglion gefundene synaptotrope Wirkung der Herzglykoside¹⁰¹ zeigt sich auch am Langendorff Herzen¹⁰⁰ Die ACH-Sensibilisierung fehlt bei Perfusion mit K^+ -freiem Ringer, weshalb eine Glykosidwirkung auf den K^+ -Transport vermutet wurde¹⁰⁰ Die Versuche an der neuromuskulären Synapse scheinen auf eine schwache membran-depolarisierende Wirkung der Glykoside hinzuweisen, da durch die Glykoside ACH synergistisch und Tubocurarin antagonistisch beeinflusst werden¹⁰² Der ACH sensibilisierende Effekt in vivo wird von anderen Autoren abgelehnt (Lendle et al¹⁰³, Rall et al¹⁰⁴, Luuoda et al¹⁰⁵, Wells et al¹⁰⁶), es kann sogar zur Hemmung eines ACH-Effektes am Herzen nach Glykosidverabreichung kommen Diese widersprechenden Resultate bezüglich der Beeinflussung der ACH-Wirkung durch die Herzglykoside können durch die verschiedene Versuchsanordnung bedingt sein Es ist zu erwägen, ob in den Versuchen mit fehlendem Sensibilisierungseffekt die ACH-Wirkung überwiegend muskarinartig ist und deshalb durch das Glykosid eher abgeschwächt wird, wogegen bei Vorhandensein einer Sensibilisierung die ganglionäre ACH Wirkung im Vordergrund steht

Gremels¹⁰⁷ wirft die Frage auf, ob die ACH-Verstärkung auf einer

der AChE des Sarcotomuskels ist keine Esterasehemmung durch die Glykoside nachweisbar^{101 100 103} Die Ergebnisse über die Cholinesterasebeeinflussung in vitro sind nicht übereinstimmend

Die inotrope Wirkung von Ouabain bei einer durch Cholinesterasehemmer hervorgerufenen Herzinsuffizienz wurde dahin interpretiert daß die Glykoside zum mindesten teilweise dem Eserineffekt auf die unspezifische Cholinesterase entgegenwirken (Gover et al¹⁰⁸) Die Esterasehemmung der spezifischen Acetylcholinesterase ist bekannt aus Purkinje-Gewebe vor¹⁰⁹ entspricht derjenigen die (Mommarts et al¹¹⁰) Die hohe Glykosidkonzentrationen in Versuchsorganen verschaffen, daß es zu einer Hemmung der AChE kommt

Versuchen nicht ebenfalls Calciumverschiebungen an der Zelloberfläche mitspielen. Am isolierten, perfundierten Meerschweinchenherzen vermindert Digitoxin den Natriumgehalt des Herzmuskels, beeinflußt aber den Austausch von Calcium und Kalium durch die Membran nicht (Harvey et al.¹⁰ 79).

Die Verwendung des Treppenphänomens des Froschherzens als Versuchsanordnung zur Analyse der Glykosidwirkung brachte sicherlich einen neuen Aspekt dieses Problems. Voraussetzung für die Gültigkeit der Befunde an diesem Modell für die Interpretation des kardialen Effektes dieser Pharmaka ist allerdings der Nachweis, daß der Glykosideffekt am Staircase-Phänomen in kausalem Zusammenhang steht mit der spezifischen inotropen resp. kardiotoxischen Wirkung dieser Stoffe. Gleichzeitige Testierung verschiedener Glykoside am Treppenphänomen des Froschmuskels und auf 1 v Taubentoxizität ergibt eine unterschiedliche Wirkungsintensität an den beiden Untersuchungsobjekten, indem gewisse Glykoside relativ stärker das Treppenphänomen hemmen, andere relativ toxischer sind an der Taube (De Salva et al.³⁶). Dieser Unterschied ist allerdings nicht unbedingt beweisend, weil eine Wirkung in Ringerlösung mit einem Effekt *in vivo* verglichen wurde, und wir wissen, daß dabei schon eine verschiedene Eiweißbindung resp. Haftfestigkeit Unterschiede in der Wirkungsintensität hervorrufen können.

d) Acetylcholin

Auf die Zusammenhänge der Membranpermeabilität, des Acetylcholin (ACH)-Stoffwechsels und der Glykosidwirkung wies Gremels zuerst hin⁶⁷. Er zeigte, daß die negativ-chronotrope und stoffwechselhemmende Wirkung des ACH am Herzen schon durch kleinste Glykosiddosen erheblich verstärkt wird. Diese Versuche interpretiert Gremels als Folge einer permeabilitätssteigernden Wirkung der Glykoside an der Membran. Er stellt diese Pharmaka in ihrem Wirkungstypus dem Veratrin zur Seite. Verschiedene Untersuchungen bestätigten in der Folge die ACH-Sensibilisierung durch die Herzglykoside. Dieser Effekt war nachweisbar am isolierten Fetus Herzen des Menschen, am Froschherzen, Langendorff-Präparat, Skelettmuskel sowie am isoliert durchstromten oberen Halsganglion und an der neuromuskulären Synapse (Baker⁶, Perry et al.¹⁵⁰, Danielopolu et al.³⁴, Mazella¹³⁷, Abdon et al.¹, Konzett und Rothlin¹⁰¹, Westermann²¹³, Sedef¹⁸²). Hohe Dosen des Glykosids können nachträglich eine lah-

Digoxins nicht (Stanbery und Farah¹⁰⁰). Die Glykosidwirkung wurde auch in Zusammenhang gebracht mit ihrer Fähigkeit komplexe Verbindungen mit dem Kupfer einzugehen (Chenoweth et al.^{101, 102}). Am Ouabain vergifteten Tier findet sich ein erhöhter Kupfergehalt des Myokards (Palmer et al.¹⁰³). Die Toxizität der Herzglykoside am Ganztier wird durch Cu^{++} je nach Tierart und Glykosid vermindert oder verstärkt^{104, 105}. Am isolierten Frosch- und Warmblüterherzen wird die Wirkung des g-Strophanthins verstärkt, die der Digitalisglykoside kann aber am Warmblüterherzen gehemmt werden (Meyer et al.¹⁰⁶). Die Beziehung der Glykosidwirkung zum Cu^{++} ist jedoch noch so unklar, daß daraus keine Schlußfolgerung über den Wirkungsmechanismus dieser Pharmaka gezogen werden kann.

Unter den Anionen kommt besonders dem Phosphat wesentliche Bedeutung zu, indem bei niedriger Phosphatkonzentration der Ouabaineffekt am stärksten ausgeprägt ist (Maruyama und Saunders¹⁰⁷, Finkelstein et al.¹⁰⁸).

Auf die Bedeutung des CO_2 bei der Glykosidwirkung wiesen Meyer und Thoden

Er

Ve

ist in Zusammenhang mit (Arora und Arora¹⁰⁹)

e) Schlußfolgerung

Aus der Fülle der Daten über die Abhängigkeit der Glykosideffekte vom Ionenmilieu resp. deren Wirkung auf den Kationen-transport ergeben sich einige übereinstimmende Resultate. Das Calcium entfaltet eine glykosidähnliche kardiale Wirkung, führt aber nicht zu den gleichen toxischen Erscheinungen. Glykosid und Calciumeffekt können sich addieren. Damit ist allerdings noch nichts über den Mechanismus dieses Synergismus bzw. über einen ursächlichen Zusammenhang der beiden Wirkungen ausgesagt. Wenn Kaliumionen übereinstimmend die toxischen Glykosideffekte hemmen, so ist andererseits der Antagonismus des Kalium resp. der Synergismus des K^+ -Mangels zur therapeutischen positiv intrain-

zuführen zu, indem therapeutische Dosen nur zu einem fraglichen Kaliumverlust des Herzens führen. Am Treppenphänomen des Froschherzens geht allerdings ein therapeutischer Glykosideffekt mit einer deutlichen Kaliumabnahme einher^{74, 77}. Es erhebt sich somit die Frage, ob der Effekt von toxischen Glykosiddosen auf den Kaliumaustritt in ursächlichem Zusammenhang steht mit jenem nach therapeutischen Dosen. Bei der Besprechung des Phosphatstoffwechsels gelangten wir zu der analogen Problemstellung. Ist ein möglicherweise erhöhter Abbau der energiereichen Phosphate durch die Herzglykoside im therapeutischen Dosenbereich von einer verstärkten Synthese begleitet und der

Wenn einerseits die Glykoside ACH- und Eserin-Wirkungen sensibilisieren können, vermag andererseits *Acetylcholin* oder *Eserin* in der Perfusionslösung die *toxische Wirkung des Ouabains herabzusetzen* (Chatterje²⁸, Holland et al^{23, 24}). Es sei an die diesbezügliche Analogie des ACH zum Kalium erinnert, da Kalium ebenfalls die Toxizität des Ouabains herabzusetzen vermag. Auf einen Zusammenhang des ACH-Stoffwechsels und des Ionenaustausches an der Membran mit der Glykosidwirkung weisen Holland et al hin^{23, 24}. Die durch hohe Dosen von Lanatosid C hervorgerufene Kaliumabnahme des Herzmuskels und EKG-Veränderung können durch Acetylcholin, Eserin und Kalium gehemmt werden. Gleiche Dosen des Glykosids vermindern auch die Acetylcholinesterase-Aktivität, wobei auch dieser Effekt von der Acetylcholinzugabe abhängt. Geringe Glykosidkonzentrationen, die den spontanen Kaliumverlust des Herzmuskels hemmen, fördern andererseits die Acetylcholinspaltung²³. Diese Versuche legten die Auffassung nahe, daß der Glykosideffekt auf Ionenaustausch und EKG auf einer Beeinflussung des zellularen Acetylcholinstoffwechsels beruht. Diese mit dem Acetylcholinmetabolismus gekoppelten Ionenvorgänge, sowie ihre Beeinflussbarkeit durch Glykoside zeigen sich *nur an der intakten Zelle, nicht aber an den Mitochondrien*. Die am Herzmuskelschnitt gefundene initiale *Atemstimulation* und die nachfolgende Depression bei Verabreichung von Herzglykosiden geht parallel mit der Beeinflussung des *Kaliumaustrittes* und der *Acetylcholinspaltung*. Der Kaliumverlust ist in dieser Versuchsanordnung allerdings mit einer erhöhten Acetylcholinspaltung gekoppelt (Dunn et al²⁹). Wenn auch keine enge Parallele zwischen der Wirkung der Herzglykoside und der typischen Cholinesterasehemmer (Eserin, Prostigmin etc.) auf das EKG und den Ionentransport vorliegt, weisen diese Versuche doch auf interessante Zusammenhänge und möglicherweise auf einen weiteren Angriffspunkt der Glykoside hin. Die Bedeutung der Interferenz der Herzglykoside mit dem ACH-Stoffwechsel für die Kardiodynamik ist aber bei weitem nicht abgeklärt. Möglicherweise können die Untersuchungen von Burn²³, die auf den Zusammenhang der lokalen ACH-Bildung und den Herzrhythmus hinweisen, dazu noch weiteres beitragen.

Neben dem Kalium und dem Calcium spielen auch noch einige andere Ionen eine Rolle bei der Glykosidwirkung. *Magnesium* besitzt eine kardiodepressive Wirkung und kann bei bestehender Glykosidarrhythmie für kurze Zeit den Herzrhythmus normalisieren. Verabreichung von Magnesium verändert aber die toxische bzw. letale Dosis des

sem jedoch den Wirkungsgrad des Herzens, indem sie die kardiale Arbeitsleistung relativ mehr erhöhen als dessen Sauerstoffaufnahme

- 4 Am Herzmuskelschnitt wird der oxydative Abbau der Glukose und Milchsäure zu CO_2 und H_2O durch diese Pharmaka verbessert.
- 5 Eine eindeutige Wirkung der Glykoside auf isolierte Ferment-systeme oder Gewebshomogenate wurde nicht gefunden
- 6 Die positiv inotrope Herzwirkung der Glykoside ist an das Vorhandensein einer minimalen Menge chemischer Energie gebunden, wobei es – zum mindesten am Froschherzen – gleichgültig ist, ob diese aerob oder anaerob beschaffen wird
- 7 Die Glykoside scheinen die Bildung energiereicher Phosphate (Phosphokreatin, Adenosintri-phosphat), d. h. die Energiebereitstellung nicht zu beeinflussen, sondern erhöhen eher die Energieausnutzung, möglicherweise durch einen verbesserten Abbau dieser Phosphate
- 8 In verschiedener Beziehung interferieren die Glykoside mit dem Actomyosinkomplex. Sie erhöhen die Kontraktilität gewisser ATP Actomyosinpräparate, sie beeinflussen die Viskosität der μ - und des Herzens gebunden
- 9 Die Glykosidwirkungen werden durch Ca^{++} verstärkt, durch K^+ gehemmt, Verminderung dieser Ionengehalte wirkt sich in entgegengesetzter Richtung auf den Glykosideffekt aus. Ca^{++} beeinflußt die therapeutischen und toxischen Glykosidwirkungen. Hingegen ist noch nicht gesichert, ob der K^+ -Effekt sich auch auf die therapeutische kardiotone Glykosidwirkung bezieht oder nur auf deren toxische Effekte beschränkt bleibt
- 10 Toxische Glykosiddosen erhöhen den K^+ Austritt aus dem Muskel, es ist noch nicht sicher abgeklärt, ob therapeutische Dosen die gleiche Wirkung entfalten. Die Glykoside interferieren mit dem aktiven Ionentransport an der Zellmembran, vermutlich im Sinne einer Hemmung des Kaliumeinstromes
- 11 Der K^+ und Acetylcholineffekt am Ganglion und an der neuromuskulären Synapse wird durch die Glykoside verstärkt
- 12 Es wird die Spezifität der einzelnen Wirkungen diskutiert und auf die Bedeutung des Zusammenspiels dieser Einzeleffekte für

∞PO_4 -Gehalt deshalb unverändert, und ist die toxische Wirkung durch einen so ausgesprochenen Phosphatabbau charakterisiert, daß deren Synthese nicht mehr folgen kann (Vollenberger^{226, 228})? Die analoge Auslegung der Glykosidwirkung auf den Ionentransport wurde lauten, daß die Kaliumabgabe im therapeutischen Dosenbereich wohl erhöht ist, aber nicht fortschreitet, sondern durch die aktive Zelleistung bis zu einem gewissen Grade wieder kompensiert werden kann, während toxische Dosen zu einem so ausgesprochenen Kaliumverlust führen, daß die aktive Zelleistung dadurch beeinträchtigt, die Kaliumrückresorption verunmöglicht wird, und der Muskel in Kontraktur geht. Solche Analogien dürfen höchstens als Arbeitshypothesen dienen und zur Prüfung anregen, ob und wie die an verschiedenen Versuchssystemen gefundenen Ergebnisse miteinander in Beziehung gebracht werden können. Unsere Kenntnisse über den Biochemismus der Zelle lassen es außer Zweifel, daß Struktur, Stoffwechsel und Funktion eng miteinander verknüpft sind. Es bleibt der Zukunft vorbehalten, die bestehenden Befunde zu sichern und zu erweitern, vor allem aber richtig zu interpretieren. Erst eine sinngemäße Integration aller sicheren Ergebnisse über die Glykosidwirkung an den verschiedenen in vitro- und in vivo Versuchssystemen wird den intimen Wirkungsmechanismus dieser wertvollen Pharmaka aufklären.

7. Zusammenfassung

- 1 Die Herzglykoside entfalten ihre kardiotope therapeutische Wirkung nur an einem geschädigten, insuffizienten Herzen, die kardiotoxischen Erscheinungen treten aber auch am suffizienten Herzen auf.
- 2 Die Glykoside erhöhen den Sauerstoffverbrauch des Herzmuskelschnittes. Bei höherer Dosierung ist diese Stimulation von einer sekundären Abnahme der Atmung gefolgt. Dieser Stoffwechseleffekt der Glykoside ist an die Integrität der Zelle und

Dauer weitgehend parallel mit der kardiotonen Wirkung dieser Wirkstoffe am intakten Herzen

- 3 Am schlagenden Herzen scheinen die Glykoside nicht direkt mit dem kardialen O_2 -Verbrauch zu intervenieren, sie verbes-

mentation of actin, and finally they are bound by most proteins of cardiac muscle.

- 9 The actions of the glycosides are potentiated by calcium and inhibited by potassium ions, decreasing the Ca^{++} or K^{+} concentration respectively exerts the inverted effect. Calcium affects similarly cardiotonic and toxic actions of the glycoside. It is, however, not yet uniformly accepted that K^{+} influences the inotropic action in the same extent as the toxic effect of the glycosides
 - 10 Toxic concentrations of the glycosides increase the potassium loss of the muscle cell, findings are divergent whether therapeutic doses of the glycosides exert the same effect. The glycosides interfere with the active ion transport at the cell membrane, possibly by inhibition of the potassium influx.
 11.
 12.
- Emphasis has been put on the importance of a simultaneous interaction of these different specified effects which are found in isolated systems for the final overall action of the cardiac glycosides on the beating heart

Literatur

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.
11.
12.
13.
14.
15.
16.
17.
18.
19.
20.
21.
22.
23.
24.
25.
26.
27.
28.
29.
30.
31.
32.
33.
34.
35.
36.
37.
38.
39.
40.
41.
42.
43.
44.
45.
46.
47.
48.
49.
50.
51.
52.
53.
54.
55.
56.
57.
58.
59.
60.
61.
62.
63.
64.
65.
66.
67.
68.
69.
70.
71.
72.
73.
74.
75.
76.
77.
78.
79.
80.
81.
82.
83.
84.
85.
86.
87.
88.
89.
90.
91.
92.
93.
94.
95.
96.
97.
98.
99.
100.

das Zustandekommen der Glykosidwirkung am schlagenden Herzen hingewiesen

Summary

- 1 The cardiac glycosides exert their therapeutic positive inotropic action exclusively on the depressed or failing heart muscle, toxic effects can also be observed in a normal heart
- 2 The glycosides increase the oxygen consumption of heart muscle slices. Increasing the concentration of the drug shortens the period of respiratory stimulation and results in a secondary depression of the oxygen uptake. The intactness of the structure of the cardiac muscle and the presence of calcium ions in the medium are a prerequisite for the metabolic action of the cardiac glycosides. The increase in respiration of heart muscle slices produced by the cardiac glycosides is specific for these drugs, as this effect parallels in several respects their cardiotonic or toxic action in the intact beating heart.
- 3 These glycosides apparently do not interfere directly with the oxygen consumption of the beating heart, however, they improve cardiac efficiency as they increase cardiac work to a greater extent than the myocardial oxygen uptake.
- 4 In heart muscle slices, the aerobic breakdown of glucose and lactic acid to CO_2 and H_2O is accelerated by the cardiac glycosides.
- 5 Any clearcut or definite action of cardiac glycosides on isolated enzyme systems or tissue homogenate has not been found.
- 6 The cardiotonic action of the glycosides depends upon the presence of a minimal amount of phosphate bond energy, the latter can, at least in the frog heart, be derived from aerobic or anaerobic breakdown of glucose.
- 7 The generation of energy rich phosphates (phosphocreatin, adenosintriphosphate), i.e. the energy production and liberation, is apparently not influenced by these drugs. Considerable evidence suggests that the glycosides improve the energy utilization, possibly by accelerating the breakdown of these phosphates.
- 8 The glycosides interfere with the contractile proteins of the muscle, and especially with actomyosin. They increase the contractility of certain ATP-actomyosin preparations, they change the viscosity of the contractile proteins and accelerate the poly

- 35 Del Po, E. C., G. Arguano and E. G. Pardo Influence of striated muscle activity on the lethal dose of *h*-strophanthoude J Pharmacol (Am) 96, 86, 1949
- 36 De Salvo S J, and B. L. Dertinger Effect on «stair-case» and pigeon toxicity of cardiac drugs J Pharmacol (Am.) 113, 15, 1955
- 37 Dubois K P, and I. R. Potter The assay of animal tissues for respiratory enzymes J Biol Chem 150, 185, 1943
- 38 Dubois, K. P., J. Doull and E. M. K. Geisig Inhibitory action of bufagin on carbohydrate oxidation Fed Proc 8, 287, 1949
- 39 Dunn C E, H. C. Holland and M. E. Grog Possible relationship between action of digitalis on oxygen consumption and acetylcholine turnover Fed Proc 13, 350 1954
- 40 Doull, J., R. G. Herrmann, E. M. K. Geisig and K. P. Dubois Effects of Bufagin on the respiration of cardiac muscle and other tissues Arch int Pharmacodyn 86, 487, 1951
- 41 Dybing, O., und H. G. Holthausen Über die Bindung von Digitalisstoffen an die Erweißfraktionen von Herz- und Skelettmuskel Arch exp Path Pharmacol 194, 248 1940
- 42 Edens E Digitalisfibel für den Arzt. 5 Aufl. Springer, Berlin 1944
- 43 Edman, K. A. P. The action of ouabain on heart actomyosin Acta physiol. scand 21 230, 1950
- 44 Id The action of ouabain on actomyosin from striated musculature Acta physiol scand 23, 137, 1951
- 45 Id Wirkung des Ouabains auf das Aktomyosin der Herzmuskulatur Experientia 7 71 1951
- 46 Id. Action of ouabain on ATP induced contraction of glycerol-extracted muscle fibers Experientia 9, 107, 1953
- 47 Id Action of cardiac glycosides on the ATP induced contraction of glycerinated muscle fibers Acta physiol scand 30, 69, 1953/54
- 48 Ellis S, and H. L. Anderson Metabolic pathways and the positive inotropic actions of cardiac glycosides and calcium J Pharmacol (Am) 103, 312, 1951
- 49 Ellis S The importance of metabolic pathways for the positive inotropic actions of cardiac glycosides and calcium ions J Pharmacol (Am) 109, 233, 1953
- 50 Emswiler Ch. D., H. G. Summons and A. A. Mittle The effects of potassium upon the heart, with special reference to the possibility of treatment of toxic arrhythmias due to digitalis Amer Heart J 39, 713, 1950
- 51 Fear, G., F. Molnar, E. Prisk, F. B. Straub Hung acta physiol 1, 150, 1948 (zit. nach K. A. P. Edman [44])
- 52 Finkelstein, M., and O. Bodansky The effect of cardiac glycosides on the respiration of cardiac muscle J Pharmacol (Am) 94, 274, 1948.
- 53 Fucher, H. Beitrag zur Frage des Synergismus zwischen Digitalis- und Kalziumwirkung Arch exp Path Pharmacol 130, 194, 1928
- 54 Fucher, H., P. Huber und H. Langemann Die Atmung von Herzmuskelschnitten unter dem Einfluß herzkauver Glykoxide, nebst kritischen Bemerkungen zur Verwendung von Gewebsschnitten in der Warburg Apparatur Helv physiol Acta 9 416 1951
- 55 Fleckenstein A Der Kalium-Natrium-Austausch als Energieprinzip in Muskel und Nerv Springer, Berlin 1955
- 56 Friedman, M., and R. Bins Jr Observations concerning the influence of potassium upon the action of a digitalis glycoside (lanatoude C) Amer J med Sci 214, 633, 1947
- 57 Id Observations concerning the influence of calcium upon the actions of a digitalis glycoside Amer Heart J 35, 984, 1948

- 10 Bennett, D R, and M B Chenoweth Summary of completed studies on the mechanism of the positive inotropic action of fluoride and ouabain J Pharmacol (Am) 106, 373, 1952
- 11 Bianchi, C Azione dello strofanto sul cuore isolato di mammifero Arch int Pharmacodyn 92, 253, 1952
- 12 Billigheimer, E Über Wirkung und Zusammenhänge von Kalzium und Digitalis Klin Wschr 8, 724, 1929
- 13 Bing, R J, F M Marast, J F Dammann Jr, A Draper Jr, R Hambecker, R Daley, R Gerard and P Calazel Effect of strophantus on coronary blood flow and cardiac oxygen consumption of normal and failing human hearts Circulation 2, 513, 1950
- 14 Blumenfeld, S, and O Loeu: Digitalis and calcium J Pharmacol (Am) 83, 96, 1945
- 15 Boudich, H P Ludwigs Arb 6, 139, 1871
- 16 Bozen, W J Effect of digoxin upon rate of shortening of myosin II threads Fed Proc 11, 16, 1952
- 17 Boyer, P K, and Ch A Poundexter The influence of digitalis on the electrolyte and water balance of heart muscle Amer Heart J 20, 586, 1940
- 18 Bowler, E Evidence for an ATP-Actomyosin complex in relaxed muscle and its response to calcium ions Amer J Physiol 168, 760, 1952
- 19 Brody, T M, J F Palmer and D R Bennett Phosphorylation in cardiac muscle from failing and unfailing heart lung preparations Proc Soc exp Biol, N Y 86, 739, 1954
- 20 Braun, H, G L Tanner and H H Hecht The effects of potassium salts in subjects with heart disease J Lab clin Med 37, 506, 1951
- 21 Burdette, W J Studies on metabolism of human cardiac muscle obtained by auricular appendectomy, preliminary report Yale J Biol 24, 9, 1951
- 22 Id Increase in oxygen consumption of human cardiac muscle incubated with Lanatoside C J Lab clin Med 40, 867, 1952
- 23 Burn, J H VIII Local Hormones Acetylcholine as a local hormone for ciliary movement and the heart Pharmacol Rev 6, 107, 1954
- 24 Calkoun, J A, and T R Harrison Studies in congestive heart failure, effect of digitalis on potassium content of cardiac muscle of dogs J clin Invest 10, 139, 1931
- 25 Casten, G G, and J B Marsh Metabolic studies on cardiac tissue obtained by needle biopsy in the intact unanesthetized dog Circul Res 1, 226, 1953
- 26 Cattell, M, and H Goodell On the mechanism of the action of digitalis glucosides on muscle Science 86, 106, 1937
- 27 Cattell, M The influence of ouabain on the contraction of striated muscle J Pharmacol (Am) 62, 459, 1938
- 28 Chatterjee, M L The modification of the action of ouabain in cardiac tissue by Escrine and Acetylcholine Brit J Pharmacol 9, 285 1954
- 29 Chen, G, and E M K Geiling Some aspects of the biochemistry and pharmacology of the heart Schweiz med Wschr 77, 25, 1947
- 30 Chenoweth, M B, D R Bennett and R Parry Copper, chelation and the mechanism of action of the cardiac glycosides J Pharmacol (Am) 103, 340, 1951
- 31 Clark, A J Proc roy Soc Med 5, 181, 1912
- 32 Cowle, J B, and R H Thorp Action of Cortisone on the polymerization of Actin Nature 171, 1067, 1953
- 33 Cross, R J, J V Taggart G A Coco and D E Green Studies on the cyclophorase system J biol Chem 177, 655, 1949
- 34 Danielopolu, D, M Popesco et E Mezeacesco Action inactivante de la strophantine sur la cholinestérase C R Soc Biol, Paris 138, 772, 1944

- [illegible]

- 104 Lakt, K Polymerization of actin Fed Proc 10, 77, 1951
- 105 Langemann, H Über den Einfluß von herzaktiven Glykosiden auf die Adenosin-triphosphatase aus Herzmuskelzellfraktionen Helv physiol Acta 11, C 20, 1953
- 106 Langemann, H, T M Brody and J A Bain In vitro effects of ouabain on slices and mitochondrial preparations from heart and brain J Pharmacol (Am) 108, 274, 1953
- 107 Lee, K S A new technique for the simultaneous recording of oxygen consumption and contraction of muscle The effect of ouabain on cat papillary muscle J Pharmacol (Am) 109, 304, 1953
- 108 Lee, K S, and W D McElroy Effect of ouabain on mitochondria Fed Proc 14, 362, 1955
- 109 Lendle, L Digitaliskörper und verwandte herzwirksame Glykoside (Digitaloide), in Hefflers Handb der exp Pharmakol Ergebn Band 1, 11, 1935
- 110 Lendle, L, und D Oldenburg Prüfung extrakardialer Wirkungen an der digitalis unterempfindlichen Ratte Arch exp Path Pharmacol 211, 243, 1950
- 111 Lendle, L, und H Wienke Zur Frage der Sensibilisierung von Vaguswirkungen auf die Herzfrequenz durch Digitalis Arch exp Path Pharmacol 213, 373, 1951
- 112 Lévy, J, O Libert et A Schurob Pharmacodynamie cellulaire V Etude du mode d'action des digitaliques Respiration des cellules du myocarde sous l'influence de l'ouabaine Bull Soc Chim biol 28, 647, 1946
- 113 Libert, O Pharmacodynamie cellulaire VI Etude du mode d'action des digitaliques Respiration des cellules du myocarde sous l'influence de la digitaline Bull Soc Chim biol 28, 771, 1946
- 114 Lieberman, A L. Studies on calcium gluconate and Scillaren B₁ J Pharmacol (Am) 47, 183, 1933
- 115 Liu, K T Die Beeinflussung der Conallatoxinwirkung am isolierten Froscherzen durch vorausgehende oder gleichzeitige Applikation von Asparboxylase, Ribonuklease, Brenztraubensäure und Chinin Arch int Pharmacodyn 87, 439, 1951
- 116 Loeus, O Über den Zusammenhang zwischen Digitalis- und Kalziumwirkung Arch exp Path Pharmacol 82, 131, 1918
- 117 Id Über den Zusammenhang zwischen Digitalis und Kalziumwirkung III Mitt Arch exp Path Pharmacol 83, 366, 1918
- 118 Loomis, W F, and F Lipman Reversible inhibition of the coupling between phosphorylation and oxidation J biol Chem 173, 807, 1948
- 119 Lorber, V Energy metabolism of the completely isolated mammalian heart in failure Circulation Res 1, 298, 1953
- 120 Loubatieres, A, et A Sassine Mise en évidence de l'action directe de l'ouabaine sur le muscle cardiaque isolé, après exclusion fonctionnelle des synapses végétatives ganglionnaires intratissulaires J Physiol 46, 444, 1954
- 121 Loun, B, H Salzberg, Ch D Enselberg and R E Weston Interrelation between potassium metabolism and digitalis toxicity in heart failure Proc Soc exp Biol, N Y 76 797, 1951
- 122 Loun, B, J M Weller N F Wyatt, R Hogue and J P Merrill Effects of alterations of body potassium on digitalis toxicity J clin Invest 31, 648, 1952
- 123 Loun, B, N F Wyatt, A T Crocker, W T Goodale and S A Levine Interrelation ship of digitalis and potassium in auricular tachycardia with block Amer Heart J 45, 589, 1953
- 124 Lusada, A A, and H Mautner Antagonistic effect of digitalis glycosides to vagus stimulation Acta Pharmacol Toxicol 2, 275, 1946
- 125 Mallov, S, and J S Robb Behavior of actomyosin threads Fed Proc 8, 104, 1949
- 126 Mandelstamm, M Über den Zusammenhang zwischen Digitalis und Kalziumwirkung Z exp Med 51, 633, 1926

- 175 Scriver, P. Soluzioni di Ringer prive di potassio rimuovono la contrattura da ouabaina e restaurano la contrattilità del cuore di gatta. *Experientia* 9, 187, 1953
- 176 Schatzmann, H J Herzglykoside als Hemmstoffe für den aktiven Kalium- und Natriumtransport durch die Erythrocytenmembran. *Helv physiol Acta* 11, 346, 1953
- 177 Schatzmann, H J, and D A Witt Action of *b*-strophanthin on potassium leakage from frog sartorius muscle. *J Pharmacol (Am)* 112, 501, 1954
- 178 Schwanem, H. Das Wesen der therapeutischen Wirkung von Digitalis oder Strophanthin auf das insuffiziente Herz. *Z. Kreisforsch* 38, 606, 1949
- 179 Id Der Muskelstoffwechsel des Herzens. *Steinkopff, Darmstadt* 1950
- 180 Schwanem, C E Experimentelle Untersuchungen über den Synergismus zwischen Kalium und Digitalis am intakten Warmblüter. *Z. exp Med* 96, 520, 1935
- 181 Schwanem, C, und H Ackermann. Die Homologen der Äthylendiamin tetraessigsäure und ihre Erdalkaliumkomplexe. *Helv chim. Acta* 31, 1023, 1948
- 182 Seef, A Sensibilisierung und Desensibilisierung des Froschherzens gegen Giftwirkungen. *Arch. int Pharmacodyn.* 87, 459, 1951
- 183 Segre, G. Ricerche sul meccanismo d'azione dei digitalici. *Arch. int Pharmacodyn.* 73, 227, 1948
- 184 Id Ricerche sul meccanismo d'azione dei digitalici. II Effetti metabolici della ouabaina. *Arch. int. Pharmacodyn* 80, 336, 1949
- 185 Id Sull'azione dei digitalici su alcuni enzimi. *Roll. Soc. ital Biol sper* 26, 939, 1950
- 186 Sherrod Th R Effects of digitalis on electrolytes of heart muscle. *Proc Soc. exp Biol*, N Y 63, 89, 1947
- 187 Smith J A, and M Post Effect of *b*-strophantoude on oxygen consumption of embryonic chick hearts as measured in cartesian diver. *Amer J Physiol* 163, 731, 1950
- 188 Smith, J A, M Glasman, A H Lind, M Post, H Sohn and S Warren Effects of ouabain on beat and oxygen consumption of embryonic chick hearts. *Proc Soc. exp Biol*, N Y 86, 747, 1954
- 189 Smith P K, A W Winkler and H E Hoff Calcium and Digitalis Synergism. *Arch. int. Med.* 64, 322, 1939
- 190 Smith, P H, and E H Crumell Effects of di potassium ethylenediamine tetraacetate on digitalis-produced cardiac arrhythmia. *Fed Proc* 14, 387, 1955
- 191 Snellman, O Concerning the contractile proteins and cardiac glycosides. *Scand J clin Lab. Invest.* 2, 248, 1950
- 192 Snellman, O, and B Celotte A reaction between a deaminase and heart actin, and inhibition of the effect with cardiac glycoside. *Nature* 165, 604, 1950.
- 193 Standbury J B, and A Farah Effects of the Magnesium Ion on the Heart and on its response to Digoxin. *J Pharmacol (Am)* 100, 445, 1950
- 194 Straub, F B, G Foster and I Lajos Effect of drugs on Actin. *Nature* 162, 217, 1948
- 195 Straub, W Die Digitalisgruppe, in *Hoffm. Handb. der exp. Pharmacol* 2, 1355, 1924
- 196 Stul, H, E Feigelson, J Emmert and R J Borg The effect of digitalis (Cedilanid) on the mechanical and electrical activity of extracted and non-extracted heart muscle preparations. *Circulation Res.* 2, 555, 1954
- 197 Szent-Györgyi, A Chemistry of muscular contraction. *Academic Press Inc*, New York 1951
- Chemical physiology of contraction in body and heart muscle. *Academic Press Inc*, New York 1953

- 150 Perry, W L M, and H Renert The action of cardiac glycosides on autonomic ganglia Brit J Pharmacol 9, 324, 1954
- 151 Rall, J E, J A Wells and C A Dragstedt Effect of various digitalis glycosides upon the cardioinhibitory action of acetylcholine Proc Soc exp Biol, N Y 56, 162, 1944
- 152 Ransom, J R, and T A Loomis The effect of ouabain on the respiration of isometrically contracting rat auricle J Pharmacol (Am) 104, 219, 1952
- 153 Reiter, M Wirkung von Strophantin auf Kontraktionskraft und Sauerstoffverbrauch des Herzstreifens der Ratte Arch exp Path Pharmacol 219, 315, 1953
- 154 Reiter, M, und E S G Barron Über die direkte Fermentwirkung von Herzglykosiden Arch exp Path Pharmacol 214, 341, 1952
- 155 Reiter, M Natriumspeicherung bei der Ermüdung des isolierten Herzstreifens der Ratte Arch exp Path Pharmacol 225, 138, 1955
- 156 Ringer, S An investigation regarding the action of rubidium and caesium salts compared with the action of potassium salts on the ventricle of the frog's heart J Physiol 4, 370, 1884
- 157 Robb, J S, and S Mallov Effect of ouabain on actomyosin threads J Pharmacol (Am) 108, 251, 1953
- 158 Robb, J S Actomyosin reactions Fed Proc 13, 118, 1954
- 159 Rothlin, E Beitrag zum Problem der Verteilung der Pharmaka im Organismus, im besonderen der herzwirksamen Glykoside Schweiz med Wschr 74, 217, 1944
- 160 Id Grundsätzliches zur biologischen Standardisierung herzwirksamer Präparate Pharm Acta Helv 22, 418, 1947
- 161 Rothlin, E, und O Schoelly Einfluß herzwirksamer Glykoside auf die Atmung des Herzens, gemessen mit der Warburg Apparatur Helv physiol Acta 8, C 69, 1950
- 162 Rothlin, E, und R Bireher Pharmakodynamische Grundlagen der Therapie mit herzwirksamen Glykosiden Ergebn inn Med 5, 457, 1954
- 163 Rothlin, E, M Taeschler und A Cerletti Beitrag zur biologischen Wirkung von komplexgebundenem Calcium Schweiz med Wschr 84, 1286, 1954
- 164 Id Action of Dinitrophenol and Lanatoside C on the canine heart lung preparation Circulation Res 3, 32, 1955
- 165 Rothlin, E Unveröffentlichte Befunde
- 166 Saint George, S, M Friedman and T Ishida Intracellular Distribution of Digitoxin Proc Soc exp Biol, N Y 83, 318, 1953
- 167 Id The cardiac and hepatic intracellular fate of Digitoxin J clin Invest 32, 569, 1953
- 168 Salter, W T, J Gemmel and L J Sciarini Inotropic synergism between digitalis bodies and serum calcium Fed Proc 8, 330, 1949
- 169 Id Inotropic synergism of cardiac glycoside with calcium acting on the frog's heart in artificial media J Pharmacol (Am) 96, 372, 1949
- 170 Salter, W T, L J Sciarini and B Rubin Inotropic synergism of cardiac glycosides with calcium acting on the frog's heart in human serum J Pharmacol (Am) 97, 314, 1949
- 171 Salter, W T, and E A Runels A nomogram for cardiac contractility involving calcium, potassium and digitalis like drugs Amer J Physiol 165, 520, 1951
- 172 Sampson J J, E C Alberton, and B Kondo The effect on man of potassium administration in relation to digitalis glycosides, with special reference to blood serum potassium, the electrocardiogram and ectopic beats Amer Heart J 26, 164, 1943
- 173 Sapetka, N Antagonism of digitalis action by ethylenediamine tetraacetic acid Arch int Pharmacodyn 97, 373, 1954
- 174 Saunders, P R, J L Webb and C H Thümes Metabolism of the heart in relation to drug action - V Action of various drugs and other substances on some dehydrogenase systems of the heart Arch int Pharmacodyn 81, 485, 1950

- 222 *Id* Respiratory activity in vitro of cardiac muscle of ouabainized dogs Fed. Proc. 8, 348, 1949
- 223 *Id* Inhibition of the pasteur effect in brain by certain steroids. Fed. Proc. 9, 326, 1950
- 224 *Id* Utilization of C^{14} -labelled glucose by cardiac muscle treated with a cardiac glycoside. Science 113, 64, 1951.
- 225 *Id* Effect of ouabain on the utilization of C^{14} -labelled glucose and pyruvate by cardiac muscle J Pharmacol (Am) 101, 38, 1951.
- 226
- 227
- 228 Wollenberger, A., and M. L. Kersh Effect of a cardiac glycoside on the contraction and the energy-rich phosphate content of the heart poisoned with dinitrophenol. J Pharmacol (Am) 105, 477, 1952
- 229 Wollenberger, A. Metabolic action of the cardiac glycosides. III Influence of ouabain on the utilization of C^{14} -labelled glucose, lactate and pyruvate by dog heart slices Arch exp Path Pharmacol 219, 408, 1953
- 230 Wollenberger, A., J. Zehl and M. L. Kersh Influence of age on the sensitivity of the guinea pig and its myocardium to ouabain J Pharmacol (Am) 103, 52, 1953.
- 231 Wollenberger, A. Non-specificity of the effect of cardiac glycosides on the poly-
- 232
- 233
- 234
- 235
- 236
- 237
- 238
- 239
- 240
- 241
- 242
- 243
- 244
- 245
- 246
- 247
- 248
- 249
- 250
- 251
- 252
- 253
- 254
- 255
- 256
- 257
- 258
- 259
- 260
- 261
- 262
- 263
- 264
- 265
- 266
- 267
- 268
- 269
- 270
- 271
- 272
- 273
- 274
- 275
- 276
- 277
- 278
- 279
- 280
- 281
- 282
- 283
- 284
- 285
- 286
- 287
- 288
- 289
- 290
- 291
- 292
- 293
- 294
- 295
- 296
- 297
- 298
- 299
- 300
- 301
- 302
- 303
- 304
- 305
- 306
- 307
- 308
- 309
- 310
- 311
- 312
- 313
- 314
- 315
- 316
- 317
- 318
- 319
- 320
- 321
- 322
- 323
- 324
- 325
- 326
- 327
- 328
- 329
- 330
- 331
- 332
- 333
- 334
- 335
- 336
- 337
- 338
- 339
- 340
- 341
- 342
- 343
- 344
- 345
- 346
- 347
- 348
- 349
- 350
- 351
- 352
- 353
- 354
- 355
- 356
- 357
- 358
- 359
- 360
- 361
- 362
- 363
- 364
- 365
- 366
- 367
- 368
- 369
- 370
- 371
- 372
- 373
- 374
- 375
- 376
- 377
- 378
- 379
- 380
- 381
- 382
- 383
- 384
- 385
- 386
- 387
- 388
- 389
- 390
- 391
- 392
- 393
- 394
- 395
- 396
- 397
- 398
- 399
- 400
- 401
- 402
- 403
- 404
- 405
- 406
- 407
- 408
- 409
- 410
- 411
- 412
- 413
- 414
- 415
- 416
- 417
- 418
- 419
- 420
- 421
- 422
- 423
- 424
- 425
- 426
- 427
- 428
- 429
- 430
- 431
- 432
- 433
- 434
- 435
- 436
- 437
- 438
- 439
- 440
- 441
- 442
- 443
- 444
- 445
- 446
- 447
- 448
- 449
- 450
- 451
- 452
- 453
- 454
- 455
- 456
- 457
- 458
- 459
- 460
- 461
- 462
- 463
- 464
- 465
- 466
- 467
- 468
- 469
- 470
- 471
- 472
- 473
- 474
- 475
- 476
- 477
- 478
- 479
- 480
- 481
- 482
- 483
- 484
- 485
- 486
- 487
- 488
- 489
- 490
- 491
- 492
- 493
- 494
- 495
- 496
- 497
- 498
- 499
- 500

Adresse der Autoren

Prof Dr E Rothlin und Dr M Taeschler,
Pharmakologisches Laboratorium der Sandoz AG,
Basel (Schweiz)

- 198 Taeschler, M, and R J Bing Some properties of contractile proteins of the heart as studied on the extracted heart muscle preparation *Circulation Res* 1, 129, 1953
- 199 Terail, R, and W L Williams Some effects of ouabain and/or calcium in mice *Fed Proc* 7, 259, 1948
- 200 Torda, C, and H G Wolff Effect of convulsant and anticonvulsant agents on acetylcholine metabolism (activity of choline acetylase, cholinesterase) and on sensibility to acetylcholine of effector organs *Amer J Physiol* 151, 345, 1947
- 201 Trautwein, W, und P N Witt Der Einfluß des Strophanthins auf das Ruhe und Aktionspotential der geschädigten Herzmuskelfaser *Arch exp Path Pharmacol* 216, 197, 1952
- 202 Turba, F, und Ch Scholtussek Untersuchungen mit C^{14} markierten Digitalis-Stoffen *Arch exp Path Pharmacol* 222, 206, 1954
- 203 Waser, P G, und O Folkart Wirkung von Herzglykosiden auf Actomyosin *Helv physiol Acta* 12, 12, 1954
- 204 Waser, P G Bindung von Herzglykosiden an Actomyosin *Helv physiol Acta* 13, C 37, 1955
- 205 Weber, H H Der Feinbau und die mechanischen Eigenschaften des Myosin-fadens *Arch ges Physiol* 235, 205, 1934
- 206 Wedd, A M The influence of digoxin on the potassium content of heart muscle *J Pharmacol (Am)* 65, 268, 1939
- 207 Weese, H Digitalis Thieme, Leipzig 1936
- 208 Wuchmann, F Über die Beseitigung von Giftwirkungen am Herzen durch Calcium und andere zweiwertige Kationen *Pflügers Arch ges Physiol* 195, 588, 1922
- 209 Weiszäcker, V Über die Abhängigkeit der Strophanthinwirkung von der Intensität der Herztätigkeit *Arch exp Path Pharmacol* 72, 282, 1913
- 210 Id Über den Mechanismus der Bindung digitalisartig wirkender Herzgifte *Arch exp Path Pharmacol* 72, 347, 1913
- 211 Wells, J A, C A Dragstedt, J E Roll and D A Ruge Inhibition of the cardio-inhibitory action of acetylcholine by digitalis *Fed Proc* 2, 93, 1943
- 212 Werner, G Zur Stoffwechselwirkung von Strophanthin *Arch int Pharmacodyn* 79, 323, 1949
- 213 Westermann, E Zur Digitaliswirkung auf die neuromuskuläre Übertragung *Arch exp Path Pharmacol* 222, 398, 1954
- 214 Wilbrandt, W, K Brawand und P N Witt Die quantitative Abhängigkeit der Strophanthinwirkung auf das Froschherz von der Taugkeit des Herzens und von der Glykosidkonzentration *Arch exp Path Pharmacol* 219, 397, 1953
- 215 Wilbrandt, W, und R Cauzezel Herzglykosidwirkung und Ionen Transporte bei Erregung und Erholung *Arch exp Path Pharmacol* 222, 203 1954
- 216 Id Die Beeinflussung des Austritts von Calcium aus dem Herzmuskel durch Herzglykosid *Helv physiol Acta* 12, C 40, 1954
- 217 Wilbrandt, W Zum Wirkungsmechanismus der Herzglykoside *Schweiz med Wschr* 85, 315, 1955
- 218 Wilde, W S, and J M O'Brien The time relation between potassium (K^{42}) outflux, action potential, and the contraction phase of heart muscle as revealed by the effluogram *Abstracts 19th int physiol Congr Montreal*, 889
- 219 Witt, P N Der Einfluß des Strophanthins auf den Kaliumaustritt aus dem mit verschiedener Frequenz arbeitenden Frosch Sartorius Muskel *Helv physiol Acta* 13, C 43, 1955
- 220 Wollenberger, A Metabolic action of the cardiac glycosides I Influence on respiration of heart muscle and cortex *J Pharmacol (Am)* 91, 39, 1947
- 221 Id The energy metabolism of the failing heart and the metabolic action of the cardiac glycosides *Pharmacol Rev* 1, 311, 1949

- 222 *Id* Respiratory activity in vitro of cardiac muscle of ouabainized dogs. Fed Proc 8, 348, 1949
- 223 *Id* Inhibition of the pasteur effect in brain by certain steroids. Fed Proc 9, 326, 1950
- 224 *Id* Utilization of C^{14} -labelled glucose by cardiac muscle treated with a cardiac glycoside. Science 113, 64, 1951
- 225 *Id* Effect of ouabain on the utilization of C^{14} labelled glucose and pyruvate by
- 226
- 227
- 228 Hollenberger, A., and J. Jehl Influence of age on rate of respiration of sliced cardiac muscle. Amer J Physiol 170, 126, 1952
- 229 Hollenberger, A., and M. L. Kark Effect of a cardiac glycoside on the contraction and the energy rich phosphate content of the heart poisoned with dinitrophenol. J Pharmacol (Am) 105, 477, 1952
- 230 Hollenberger, A. Metabolic action of the cardiac glycosides. III Influence of
- 231
- 232
- 233
- 234 Hoodbury, L. A. and H. H. Hecht Effects of cardiac glycosides upon the electrical activity of single ventricular fibers of the frog heart, and their relation to the digitalis effect of the electrocardiogram. Circulation 6, 172, 1952
- 235 Zuntz, F., und E. Rent. Über die Wirkung einiger Gefäß- und Herzmittel auf die Cholinesterase im Blut. Arch exp Path Pharmacol 195, 329, 1940

Adresse der Autoren

Prof. Dr. E. Rothlin und Dr. M. Tarschler,
Pharmakologisches Laboratorium der Sandoz AG,
Basil (Schweiz)

Aus der Inneren Abteilung des Kreiskrankenhauses Heidenheim an der Brenz
(Chefarzt Dr Fritz Pendl)

Herzstoffwechsel und Therapie

Von F PENDL

Die Aufforderung der Schriftleitung zu dieser Arbeit wird um so lieber befolgt, als dadurch eine Gelegenheit gegeben ist, an sichtbarer Stelle erneut für die Auffassung zu werben, daß ein insuffizientes Herz nicht nur die bisher im Vordergrund stehenden hamodynamischen Probleme bietet, sondern viel mehr im Licht der energetischen Vorgänge in seiner Muskulatur gesehen werden sollte. Denn Stoffwechselprozesse sind die ersten, die bei einer Überlastung und beginnenden Dekompensation des Herzens Not leiden, sie bestimmen auch später die Form- und Leistungsänderungen des Herzens mit, beeinflussen seine Ansprechbarkeit auf Arzneimittel, und ihre Berücksichtigung verfeinert die Diagnostik und bereichert die Therapie. Da sich Krankheitsbegriff und Krankheitsverläufe zeitbedingt ändern, erscheint mir eine solche Auffassung heute besonders berechtigt, da z. B. der neue Begriff der «Managerkrankheit» eine Reihe von Erscheinungen unter einen Nenner zu bringen trachtet, deren Vielfalt noch keineswegs aufgeklärt ist und zum Teil sicher auf schwer faßbaren Stoffwechseländerungen beruht, wie sie etwa bei Vernachlässigung der Skelettmuskulatur auftreten, welche mit dem Myokard in sehr engen Wechselbeziehungen steht.

Zum Verständnis des Folgenden seien einige Beobachtungen über Bau und Stoffwechsel des quergestreiften, insbesondere des Herzmuskels in Erinnerung gerufen.

Man bittet, die Arbeit wie folgt zu zitieren:

Pendl, F. Herzstoffwechsel und Therapie. Fortschr. Kardiol. 1: 240-296 S. Karger, Basel/New York 1956.

I. Morphologie des quergestreiften Muskels

Als Arbeitselemente des Herzmuskels sind seine Fasern anzusehen, die mit denen des quergestreiften Skelettmuskels große Ähnlichkeit haben. Wenn man aber berücksichtigt, daß der Herzmuskel zu immerwährender Tätigkeit gezwungen ist, die aus getrennten Einzelkontraktionen besteht, während die natürliche Aktion des Skelettmuskels eine tetanische ist¹⁶ und die Möglichkeit zu langen Ruhe- und daher Erholungsperioden enthält, dann wird es klar, daß Unterschiede in Bestand und Ausnutzung energieliefernder und umwandelnder Substanzen und auch in der Struktur bestehen müssen.

a) Normale Verhältnisse

Die quergestreifte Herzmuskelfaser ist von einer feinen strukturellen Membran, dem Sarkolemm, umschlossen, welche das spezifische Ionenmilieu des Faserinneren von dem der Umgebung trennt und die von Nervenendigungen kommenden Impulse weiterleitet, wobei Störungen im umliegenden Ionengleichgewicht und elektrische Spannungen auftreten. Das innerhalb des Sarkolemma liegende Protoplasma enthält zahlreiche Kerne, deren Masse beim gesunden Herzen in einem ganz bestimmten Verhältnis zur Menge des Protoplasmas steht¹⁶. Sie sind im Gegensatz zu den randständigen Kernen der Skelettmuskelfaser zentral angeordnet, liegen also als Stoffwechselzentrum der Zelle in dem Punkt¹⁷, wo jede Änderung im Milieu der Faser oder im umgebenden Blut am feinsten wahrgenommen werden kann²⁰. Außer diesem undifferenzierten Sarkoplasma enthält die Muskelfaser die eigentlichen kontraktiven Elemente, die in der Längsrichtung verlaufenden Myofibrillen, welche im wesentlichen aus hochmolekularen Eiweißkörpern gebildet werden. Durch dünne Querstreifen – sogenannte Z-Membranen – werden in den Muskelfasern einzelne Abteilungen gebildet, die man Sarkomere nennt. Diese sind in ihrem Innern nicht einheitlich. Nahe der Z-Membran erscheinen sie im Mikroskop heller, in der Nahe der Mitte dunkler. Dieser dunklere Streifen ist nochmals von einer helleren Membran unterteilt. Ihrem Verhalten im polarisierten Licht entsprechend werden die der Z-Membran nahe gelegenen »isotropen« Anteile »I-Band« genannt, die dazwischen gelegenen »anisotropen« Anteile sind die »A-Bänder«. Die im A-Band liegende hellere Zwischenschicht nennt man nach ihrer Lage in der Mitte des Sarkomers die »M-Membran«²³. Die I-Banden sind

17 Hegglin, Fortschritte der Kardiologie

reich an Lipoiden, während Ca und Mg, diese wichtigen Stoffe bei der Muskelkontraktion, vorwiegend in den A-Banden lokalisiert sind⁸¹. Bei der Kontraktion treten Stoffverschiebungen in diesen Gebieten auf. Die Elektronenmikroskopie zeigt, daß in den quergestreiften Muskelfasern Fibrillen durch die isotropen und anisotropen Scheiben kontinuierlich durchlaufen⁸¹. Weiter erhöht ein reichhaltiges Netz besonderer Faden, das die Fasern umgibt und an ihrer Oberfläche haftet, die mechanische Stabilität des Muskels und schützt die empfindliche kontraktile Substanz und das dünne Sarkolemm gegen äußere Störungen. Ihrer Struktur nach müssen diese Faden sehr elastisch sein¹²¹.

Normale Herzkammern verschiedenen Gewichtes und verschiedener Individuen sollen etwa 38 Milliarden definierte Faserelemente haben, deren Anzahl in der linken und rechten Kammer gleich groß ist⁸⁵, so daß ihr mittleres Segmentvolumen dem Muskelvolumen einer Kammer einfach proportional sein muß. Normale Herzen haben also ein gleichartiges muskulares Standardgerüst, dessen Proportionen sich während des einfachen Funktionswachstums nach der Geburt nicht ändern. Die Leistungssteigerung des Herzens während des Körperwachstums führt zu einer Dehnung der Herzmuskelfasern. Dadurch entsteht eine relative Oberflächenvergrößerung, zu der beim gesunden Jugendlichen ein echtes Wachstum der Koronargefäße mit Zunahme der koronaren Strombahn und Durchblutung kommt. Die anfangs überdehnte Faser kann dann bis zu ihrer dem Anspruch des Erwachsenen entsprechenden Größe heranwachsen. Hier sei an klinische Beobachtungen erinnert, wonach es bei unserer heutigen Jugend, die häufig noch an den Folgen der Unterernährung und nervösen Überlastung des Krieges leidet, öfters zu Herzbeschwerden kommt, für die sich organische Unterlagen mit den gebräuchlichen Mitteln nicht beibringen lassen. Störungen der eben beschriebenen Elemente eines normalen Wachstums der Herzmuskelfasern mögen die Ursache dieser Beschwerden und gelegentlichen Insuffizienzerscheinungen sein. Förderung der Durchblutung, bessere Ernährung sowie körperliche Schonung des gefährdeten Kindes sind daher im Interesse des notleidenden Myokardstoffwechsels angezeigt.

b) Krankhafte Umbauorgänge im hypertrophischen und insuffizienten Herzmuskel

Bei der Hypertrophie nach unphysiologischen Mehrleistungen wird das mittlere Herzgewicht, das beim normalen gesunden Mann etwa 300 g beträgt¹¹⁾, oft erheblich überschritten. Das harmonische Wachstum der Herzmuskelfasern bei gleichbleibender Fasermenge kann aber nur bis zu einem bestimmten «kritischen» Herzgewicht aufrechterhalten werden. Einmal überschritten, tritt ein Zustand ein, der als «kritischer Punkt» bezeichnet werden kann.

Die Ursache dieses Zustandes liegt in der durch das Bestreben nach Oberflächenvergrößerung gekennzeichneten hypertrophischen Herzmuskelfasern. Die normalerweise fast zylindrischen Herzmuskelfasern können im «schweren Herzen»¹²⁾ tiefe, längs verlaufende Rillen zeigen, die oft eine Kapillare mantelartig umschließen. Es kommt anfangs nicht nur zu einer Verdickung, sondern auch zu einer Vermehrung von Fasern und Kernen, welche durch Längsspaltung an physiologisch vorgebildeten Stellen bewirkt wird¹³⁾. Die Zahl der Fibrillen soll¹⁴⁾ in hypertrophischen Fasern wohl relativ etwas geringer sein als bei normalen. Dafür ist aber der gesamte Querschnitt der Faser so viel größer als in der Norm, daß darin eine gleiche Zahl, wenn nicht mehr, Muskelsäulchen vorhanden sein müssen wie in dem Querschnitt der normalen Fasern. Es kommt endlich zu einer relativen Abnahme der Kernmasse, was die Insuffizienz des hypertrophen Herzens fördert.

Die allgemeine Ödemneigung, die frühzeitig auch zum Faserödem führt, ist mit der Vermehrung der Myofibrillen verbunden.

Die allgemeine Ödemneigung ist im Zusammenhang mit dem vermehrten Eindringen von Natrium in die beschädigte und an Kalium verarmte Herzmuskelzelle zu sehen.

Die Entwicklung der kapillaren Strombahn bleibt mit wachsendem Herzgewicht bald hinter den Erfordernissen des Stoffaustausches in der pathologisch vermehrten Muskelmasse zurück. Auch bei relativ gesunden Kranzgefäßen kann deren vasomotorische Erweiterungsfähigkeit dann nicht ausreichen, um bei einer Steigerung des Stoffwechsels den Sauerstoffverbrauch ohne seine bessere Ausnutzung durch Mehrdurchblutung allein zu decken¹⁵⁾. Im Laufe der

Hypertrophie sind außerdem die feineren Gefäße meistens sklerotisch geschädigt^{8, 9} und können sich dem Bedarf noch weniger anpassen. Daher ereignen sich im weiteren Verlauf der Erkrankung frühzeitig lokale, gefäßbedingte Stoffwechselkatastrophen mit winzigen Schwielenbildungen im Myokard²⁰, da kleine Äste oft schwerer und früher erkranken als die großen.

Wegen der verringerten Kernmassen und dem längeren Weg durch die verdickten Muskelfasern, wegen der weiteren Erschwerung des Stoffaustausches durch Faserödem und Verminderung der koronaren Durchblutung kommt es nicht nur zu einer Hemmung der Zufuhr von Nährstoffen und des Abtransports von Schlacken im kranken Herzmuskel, sondern auch zu einer weiteren Steigerung seines durch unrationelle Arbeit ohnehin erhöhten Energiebedarfs.

II. Eiweißverbindungen im Herzen

a) Muskelleiweiß

Die Hauptmasse des Muskels besteht aus Eiweiß. Man kann daraus verschiedene Fraktionen gewinnen. Die wichtigsten sind die Albumine mit etwa 28%, Globulin X mit 20%, Myosin 40% und Tropomyosin 5%²¹. Dann sind noch unlösliche Proteine vorhanden, die dem Stroma der Muskelfaser angehören dürften. Der wesentliche Baustoff der Myofibrillen ist das Myosin, welches als das kontraktile Element der Muskelfaser gelten kann.

Röntgenoptische und vergleichende Untersuchungen der Doppelbrechung von Myosinfäden und Muskelfasern lassen diesen Schluß zu²¹. Diese geheimnisvolle Substanz hat außerdem noch dadurch besonderes Gewicht, weil sie als funktionierendes Ferment (ATPase) mit dem Zerfall der Adenosintriphosphorsäure zusammenhängt^{22 23, 138}, welche die Kontraktionsenergie liefert. Im Zusammenhang mit der Muskelkontraktion verbindet sich das Myosin mit einem später gefundenen Stoff^{139, 145}, welcher den Namen Actin erhielt und in zwei Formen auftreten kann, die reversibel ineinander übergehen. Die F- (fibrillare) Form des Actins verbindet sich mit dem Myosin zu Actomyosin, einem Komplex, der für die Muskelkontraktion von ausschlaggebender Bedeutung ist. Er kann unter der Einwirkung von Adenosintriphosphorsäure (ATP) wieder in Myosin und Actin dissoziieren. Das Actomyosin kann aus Muskelsubstanz in feinen

Faden extrahiert werden. Ein solcher Faden, der in gestrecktem Zustand eine bestimmte Länge und Dicke hat, kontrahiert sich mit einer geeigneten Salzlosung bei gleichzeitiger Anwesenheit von ATP, wenn diese Faktoren in einem bestimmten Verhältnis zueinander stehen. Dieser Versuch kann als Modell für die Muskelkontraktion gelten, bei der sich auch die Spannungsänderung über das Actomyosin zu vollziehen scheint, indem eine vorübergehende Faltung der Polypeptidketten oder jedenfalls eine Änderung ihrer Anordnung eintritt, die bei einer Rückkehr zum alten Milieu wieder aufgehoben wird. Möglicherweise kommt die Kontraktion der Fibrille durch Aneinanderlagerung von Myosin- und Actinketten zustande, wobei die kugelige G-Form des Actins in seine F-Form, die langgestreckte, fadenförmige Moleküle darstellt, übergeht und das Myosin einen Zustand starker Faltung annimmt²¹.

b) Bluteiweißkörper

Diese Verhältnisse wurden deshalb etwas genauer geschildert, weil sie die äußerst komplizierte Verbindung morphologischer Elemente und chemischer Reaktionen besonders deutlich machen und die große Rolle ins rechte Licht setzen, welche auch die Bluteiweißkörper dabei spielen. Sie sind die Eiweißquelle der Organe^{22, 27, 30, 33} und das Substrat eines dauernden chemischen Prozesses, bei dem die einzelnen Aminosäuren des Plasmas, ja auch einzelne ihrer Molekülgruppen und Atome, mit dem Zelleiweiß in ständigem Austausch stehen. Ein Defizit am Plasmaeiweiß wird vor allem von der Muskulatur immer wieder ausgeglichen, sofern dies durch die Nahrungsaufnahme nicht möglich ist. Die Kenntnis dieser Dinge ist daher bei der klinischen Beurteilung und Behandlung von Herzkranken wichtig und z. B. für das Verständnis der Pathogenese von Herzmuskelschaden bei falscher Eiweißzusammensetzung des Blutes (Dysproteinämie) aufschlußreich.

Die Bluteiweißkörper, welche sich in der Klinik u. a. durch die Bestimmung der elektrophoretischen Beweglichkeit in die beiden großen Gruppen der Albumine und Globuline trennen lassen, stehen beim Gesunden in weitgehend konstantem Verhältnis zueinander. Da sie im Blut in kolloidaler Lösung sind und eine sehr große Oberfläche mit entsprechender Kräfteentfaltung repräsentieren, können Änderungen ihrer Relation bedeutende Auswirkungen auf

den Organismus haben. So stellt die häufige Verminderung der Albumine bei Herz- und Leberkranken eine der Ursachen der Ödembildung dar, weil ihre kleinen Teilchen von einem besonders umfangreichen Wassermantel umgeben sind und eine wichtige Aufgabe bei der Aufrechterhaltung des kolloidosmotischen Druckes haben, dessen Absinken den Flüssigkeitsaustritt aus den Gefäßen fördert.

Den einzelnen Eiweißfraktionen fallen auch bestimmte Transportfunktionen zu, unter denen die der Albumine für Digitalisglykoside für unser Thema besonders interessant sind. Vom Digitoxin soll z. B. 0,01 mg durch 1 mg Albumin gebunden werden^{66 157}. Artfremdes Eiweiß hemmt die Wirkung des Digitoxins, arteigenes tut dies nicht¹⁵. Es wird daraus geschlossen, daß das an fremdes Serum gebundene Pharmakon von den Herzmuskelzellen nicht aufgenommen werden kann. Das Digitoxin scheint von allen Digitaliskörpern am stärksten am Serumweiß zu haften, und es ist hervorzuheben, daß gerade dieser Körper besonders schnell in die Organe der Versuchstiere übergeht und dort gebunden wird^{15 80}. Strophanthin und Digilanid C haften am Eiweiß viel weniger fest^{61 62 74}. Parallel zu diesen auch für andere Glykosidarten bekannten Bindungsverhältnissen scheint auch die Art der pharmakologischen Wirkung zu gehen¹⁵. Strophanthin und Digilanid C zeigen sich am ungehemmtesten bei Dysproteinämien, wo andere Glykoside bereits in ihrer Leistungsfähigkeit beschränkt sind. Damit wäre die mangelhafte Brauchbarkeit von Digitalispräparaten bei gewissen Krankheiten, wie Hungerdystrophie, erklärbar, die mit Kreislaufstörungen einhergehen.

Chronische Herzinsuffizienz führt sehr häufig zu einem Absinken der gesamten Bluteiweißkörpermenge, vorher aber noch zu einer Verminderung der Albumine und einem gleichzeitigen Ansteigen eines Teiles der Globulinfraktion, der Gammaglobuline^{103 107}. Solche Veränderungen gehen meist parallel der Schwere und Dauer des Krankheitsbildes und deuten vor allem dann eine schlechte Prognose an, wenn das Gesamteiweiß vermindert ist¹⁰³. Bei den meisten entzündlichen Erkrankungen findet man eine Albuminabnahme und Globulinzunahme im Serum, ganz ähnliche Bilder wie bei Herzkrankheiten, wo ja Infekte so deletaren Einfluß haben können. Im gleichen Sinne wirksame Einflüsse auf das humorale Blutbild mögen sich hier addieren. Andererseits konnten die im Verlauf schwerer Infektionskrankheiten eintretenden Veränderungen im Eiweiß-

spektrum unter den Ursachen sein, welche in der Klinik zu den bekannten Kreislaufschäden im Laufe von schweren Infekten führen

c) Myokardosyndrom

Veränderungen im Bluteiweißbild – Dysproteinämien – können Rückwirkungen haben, die sich aus der Funktion der einzelnen Fraktionen ergeben. Sie dienen nicht nur als Eiweißquelle und Transportmittel, sondern beteiligen sich darüber hinaus an den Gerinnungsvorgängen, dienen als Puffersubstanzen, halten den kolloid-osmotischen Druck und die Viskosität aufrecht und sind damit kreislaufbestimmende Faktoren von entscheidendem Rang. Bei verschiedenen Erkrankungen mit Störungen im Bluteiweißgefüge treten Kreislaufsymptome auf, die diesen Störungen zugeschrieben werden. Sie werden unter dem Begriff der Myokardose heute stark beachtet.¹³⁷ Man findet hamodynamisch unbegründete Brady- oder Tachykardien, die sich durch Digitaliskörper oder physikalische Maßnahmen nur schwer beeinflussen lassen und leicht in das Gebiet der «vegetativen Dystonie» verwiesen werden. Abschwächung oder Spaltung des ersten Herztones an der Spitze kommen vor, ferner Galopprrhythmus, Zyanose und Dyspnoe, Neigung zu Ödemen und vor allem zu Hypotonie. Im EKG sieht man Senkungen der S-T-Strecke, P-Q und Q-T-Verlängerungen und gelegentlich vorzeitiges Einfallen des zweiten Herztones, was auf gleichzeitige Elektrolytverschiebungen im K-Ca Bereich hinweist und dem Bild einer energetisch-dynamischen Herzinsuffizienz entspricht.¹³⁸ Es gibt verbreiterte Kammerkomplexe, verstrichene T-Zacken und allgemeine Niederspannung.¹ Solche EKG-Veränderungen¹³⁹ ließen sich auch im Tierversuch bei Erzeugung einer Dysproteinämie an der Ratte mit Albuminverminderung und Globulinzunahme nach zwei- bis dreimonatiger Dauer der Einwirkung hervorrufen.^{79, 80, 124} Histologisch findet man bei spontanen wie experimentellen Dysproteinämien⁸⁰ Verquellungen der Herzmuskelfaser mit besonders deutlicher Zeichnung ihrer Querstreifung, die dann bis zur vollen Ausbildung des Fibrillenzerfalls und der Sarkolyse fortschreiten und bis zur Fibrose führen können. Bei Wiederauffütterung der Tiere bilden sie sich nur langsam zurück, während Leberveränderungen (Schwund der Fett- und Glykogenablagerung, Veränderung der Zellkerne) viel später auftreten und rascher wieder ausheilen. Die Erklärung dieser Myokardose scheint weniger in Störungen der

Kapillarpermeabilität mit «Proteinurie ins Gewebe» zu liegen als vielmehr darin, daß die pathologisch veränderten und verminderten Plasmaproteine ihre normale Funktion der ausreichenden Eiweißversorgung der Muskulatur nicht mehr erfüllen können⁹⁰

Die klinischen Zeichen dieser Störung können mehr oder weniger stark ausgeprägt und von den Symptomen der Grundkrankheit überdeckt, daher oft schwer zu deuten sein. Sie können bei schweren chronischen Erkrankungen der Leber, der Nieren, des Pankreas, bei Coma diabeticum, uraemicum, hepaticum und apoplecticum, bei chronischen Magen-Darm Affektionen, Sprue, Hungerdystrophie und andern Mangelzuständen auf dem Ernährungssektor gefunden werden^{100 156}, bei Infektionskrankheiten, wie Diphtherie und Typhus, Anginen, Verbrennungen und Dermatosen, nach Röntgenbestrahlungen und vor allem bei malignen Tumoren. Sie können auch im Circulus vitiosus entstehen, indem die primäre Herzkrankheit auf dem Wege über die Leberstauung dort neben anderen Schädigungen auch Bluteiweißveränderungen und rückwirkend Kreislaufstörungen auslost, die mit den hamodynamischen Veränderungen der Herzleistung vorerst gar nichts zu tun haben.

d) Leberschaden bei Herzinsuffizienz

Denn die Leber ist die Bildungsstätte und das Depotorgan von Bluteiweißkörpern und dasjenige Organ, das bei Herzinsuffizienz durch die Rückstauung des Blutes besonders früh und empfindlich in Mitleidenschaft gezogen wird. Die Leber baut die Albumine auf und scheint auch Vorstufen fertiger Proteinfractionen an das Blut abzugeben, welche durch Zellen des retikuloendothelialen Systems weiter verarbeitet werden, das enge Beziehungen zu den Globulinen hat. Die Leber hat auch Eigenschaften, welche Sauerstoffmangel für das Herz ertraglicher machen können und die einem Stoff zugeschrieben werden^{115 116 117}, der, in der Milz gebildet, über Durchblutungsänderungen im Stromgebiet der Arteria hepatica zu Ausschüttung von herzwirksamen Stoffen aus der Leber führen soll. Diese scheinen ähnliche Eigenschaften wie das Strophanthin zu haben. Die große chemische Ähnlichkeit zwischen Herzglykosiden und gewissen Nebennierenhormonen deutet den Weg an⁴¹, auf dem vielleicht die Aufklärung der Strophanthinwirksamkeit liegt. Bei kardial bedingten wie auch bei anderen Leberschädigungen dürfte dieser Stoff fehlen, was zu einer weiteren Steigerung des ohnehin

schon erhöhten Sauerstoffverbrauches kranker Herzen führen kann. Klinische Symptome, welche von andern Krankheiten mit Grundumsatzerhöhung her bekannt sind, lassen solche Zustände manchmal erkennen.

e) Therapie

Die Behandlung von herzscheidenden Eiweißveränderungen muß sich daher auf eine geeignete Diät und Leberbehandlung einstellen. Hier hat sich vor allem eine eiweißreiche Kost durchgesetzt¹² ¹³ ¹⁴ ¹⁵, die auch sonst reich an Kalorien ist, um Verluste an Körper-eiweiß zu vermeiden, das bei Nahrungsmangel zur Deckung anderweitiger Stoffwechselbedürfnisse verwendet werden konnte. Zur Ergänzung kann man Aminosäuregemische geben, denn es ist nicht nötig, dem Körper Aminosäuren nur im Verband des Eiweißmolekuls anzubieten¹⁶, da dieses bei der Verdauung ja doch zu niedrigeren Bausteinen zerlegt wird. Außer tierischem Eiweiß wird auch leicht verdaulicher Quark und Kasein bevorzugt verwendet. Auch die Carrelkur, welche den Flüssigkeitsbedarf des Kranken mit Milch deckt und genügend Eiweiß zuführt, sollte wieder mehr zu Ehren kommen. Auch die Notwendigkeit von Kohlenhydraten zum Schutz und Aufbau von Leberglykogen ist zu betonen. Günstig wirkt die Injektion oder perorale Einnahme von ungereinigten Leberhydrolysaten, wie Ripason, Prohepar usw., deren Wirkungsmechanismus hier nicht beschrieben werden kann. Eine Steigerung des günstigen Einflusses dieser Mittel ließ sich auch bei uns durch ihre Kombination mit Lävulose erzielen¹⁷, denn sie ist ein Kohlenhydrat mit besonderer Affinität zur Leber. Ihre Verwertung kann durch gleichzeitiges Vorhandensein von Vitamin B₁₂ gebessert werden. Aminosäurebelastungskurven bei Gesunden und bei Patienten mit verschiedenen Krankheitsbildern zeigten, daß die Vitamine der Gruppe B sowohl die intestinale Resorption als auch den Verbrauch der Aminosäuren im menschlichen Körper steigern. Die Verände-

runge-
G
sy
is
... bei Gesunden, bei Patienten mit Leber-
schaden aber tritt sie kaum in Erscheinung. Dieser Therapie gegen-
über tritt die direkte Einwirkung auf den Eiweißhaushalt durch
Albumininjektionen oder -infusionen, eventuell auch Bluttrans-

fusionen, bei den in der inneren Medizin gebräuchlichen Indikationen mehr in den Hintergrund

III. Energiereiche Phosphorverbindungen

a) *Adenosintri-phosphorsäure (ATP)*

Die eigentliche Quelle der Muskelkontraktion ist die energiereichste Stufe der organischen Phosphorverbindungen des Körpers, die schon früher genannte ATP, die bei der Kontraktion des Muskels mit der kontraktilen Substanz unter Abspaltung eines Phosphatmoleküls reagiert²¹, wobei die Energie der Phosphatbindung in mechanische Leistung umgesetzt wird. Auf welche Weise dieser Übergang stattfindet, ist nicht bekannt. Diskussionen darüber, ob er die Kontraktions- oder Erschlaffungsphase bei der Muskelzuckung einleitet, sind im Sinne der Kontraktionsphase entschieden.²²

Eine weitere für die Herzaktion wichtige Eigenschaft der ATP ist es, dem ruhenden Muskel Dehnbarkeit zu verleihen, die er bei völligem Fehlen dieser Substanz, z. B. in der Totenstarre, völlig verliert. Damit wird die Bedeutung rein hamodynamischer Gesichtspunkte eingeschränkt, welche z. B. eine vergrößerte Anfangsfüllung und die damit verbundene größere Länge der Herzmuskelfaser als alleinige Voraussetzung jeder Erhöhung der Herzmuskelleistung ansehen.²³ Mitentscheidend ist hier gewiß der Gehalt an freier ATP, der nach jeder Kontraktion im Herzen noch übrigbleibt und dort seine «Weichmacherwirkung» zu entfalten vermag.

Als Speicher energiereicher Phosphatbindungen, aus dem sich die ATP unmittelbar erneuern kann, ist das Phosphokreatin anzusehen. Es kann mit Hilfe des Zuckerstoffwechsels aus Kreatin und anorganischem Phosphat gebildet werden und Phosphat immer nur in Beziehung zum Adenylsauresystem und nach dessen Erfordernissen abgeben.⁶

Die Aufspaltung energiereicher organischer Phosphatverbindungen ist nicht nur die unmittelbare Energiequelle der Muskelkontraktion, sondern überhaupt der meisten energetischen Vorgänge in der lebenden Zelle und hier in ihrer Wirkung ungefähr dem elektrischen Strom als Kraftüberträger vergleichbar. Dazu ist ein Phosphatkreislauf notwendig, der Energie für mechanische, osmotische und andere Leistungen abgeben und aus verschiedenen Stoffwechsel-

prozessen auch aufnehmen kann. Er dient zur Synthese von Fermenten, zum Transport durch die Nierentubuli, die Darmwand oder andere Grenzflächen und spielt bei den Umwandlungen des KH-, Fett-, Eiweiß- und Mineralstoffwechsels eine entscheidende Rolle. Dieser Kreislauf beginnt im Organismus mit dem Aufbau organischer, zunehmend energiereicher Phosphorverbindungen aus anorganischem Phosphat über die Glykolyse und Verbrennung von Zucker und anderen Nährstoffen. Phosphatgruppen werden dann auf das Adenylsauresystem übertragen, um in diesem gegebenenfalls weitergereicht und zu höherwertigen Verbindungen aufgeladen zu werden. Durch Aufspalten der energiereichsten Verbindung dieses Systems, der ATP, werden seine Kräfte endlich auf das Erfolgsorgan übertragen, auch auf die Herzmuskelfibrille, wo der Zustand des Muskeleiweißes geändert und die Kontraktion ermöglicht wird.

b) Das Adenylsauresystem

Das Adenylsauresystem, welches als Empfänger, Träger und Umwandler großer Energiemengen gilt, läßt sich aus Bausteinen der Nukleinsäuren herleiten, die Bestandteile der Zellkerne sind. Drei seiner Verbindungen, Adenosin-Mono-, -Di- und -Triphosphorsäure, haben vor allem therapeutische Bedeutung gewonnen. Mit zunehmendem Phosphatgehalt werden sie größer in ihrer Leistungsfähigkeit, aber kürzer in ihrer Wirkungsdauer. Diese Verbindungen lassen sich zwar isoliert darstellen, aber es besteht die große Wahrscheinlichkeit, daß sie in der Zelle keine so streng getrennten Individuen sind, rasch ineinander übergehen können und untereinander ein sogenanntes «Fließgleichgewicht» bilden. Sie würden also nur eine Art Kunstprodukt darstellen, das in der Natur nicht so isoliert vorhanden ist. Da die ATP als energiereichste und wirksamste Stufe schwer zu gewinnen, schlecht haltbar und mit unangenehmen Nebenwirkungen auf den Kreislauf begabt ist, wie Herabsetzung von Frequenz und Kontraktionskraft des Herzens, Blockbildung, Angina pectoris Schmerzen und Blutdruckveränderungen, ist die Frage bedeutungsvoll, ob durch die Zufuhr leichter darstellbarer Verbindungen, vor allem der Adenosinmonophosphorsäure, im Körper die höherwertigen Verbindungen entstehen können. Es gibt Arbeiten², welche das bejahen. Nach häufiger Anwendung solcher Mittel sind auch wir geneigt, anzunehmen, daß diesem energiereichsten Substrat zugeschriebene Stoffwechselwirkungen auch durch

haben und haltbarer sind Ihre Zufuhr kann dann eine Substitutionstherapie bedeuten, wenn es an ATP mangelt oder zuviel davon verbraucht wird Die große Wirksamkeit kleiner Dosen macht es aber wahrscheinlich, daß es sich hier auch um eine Wirkung im Sinne eines katalytischen Fermentes handelt, zu dessen Bildung die Phosphatgruppen ja beitragen So gesehen wird die Einwendung gegenstandslos, daß die von uns und andern verwendeten kleinen Dosen zu gering seien, um eine Substitutionstherapie zu betreiben

Die intravenöse Anwendung von ATP haben wir bei Herzkranken aus den oben genannten Gründen ganz verlassen Von AMP Präparaten geben wir mehrmals im Tag 20 mg intramuskulär, per os oder als Zapschen und führen ihre gute Wirkung bei Angina pectoris, Koronarinfarkt, chronischer Herzinsuffizienz und Erschöpfungszuständen sowohl auf die schnell eintretende gefäß-erweiternde wie auf die später, aber nachhaltiger einsetzende Stoffwechselwirkung zurück Wir geben diese Präparate auch zur Unterstützung der Stoffwechselwirkung anderer Substanzen, deren Reaktionen zur Aufnahme in den Energiehaushalt über Phosphorylierungen verlaufen Wir kombinieren also mit Nebennierenrindenhormonen, mit Zucker, mit verschiedenen Leberschutzpräparaten und mit Vitamin B

IV. Kohlenhydratstoffwechsel

a) Umfang des Herzstoffwechsels

Vom Adenylkauresystem ausgehend gelangt man bei der Besprechung der den Herzmuskel am meisten bestimmenden Stoffwechselfaktoren weiterhin zum Kohlenhydratstoffwechsel Der Sauerstoffverbrauch des Herzens wird in seinem Ausmaß vorwiegend von Kohlenhydratumwandlungen bestimmt Man kann ihn beim Gesunden als Maß für den Energieverbrauch des Herzens annehmen Er wird, da das Herz zum Unterschied von anderen Organen ununterbrochen tätig ist, auf 7–20% des gesamten Grundumsatzes des Körpers geschätzt¹⁰⁸ Weil das Herzgewicht nur etwa 0,4% des gesamten Körpergewichtes darstellt, beträgt sein Umsatz also das 16–20fache des Durchschnitts im übrigen Körpergewebe¹²⁸ Er kann in Abhängigkeit von vielen Faktoren, wie Muskularbeit,

unrationelle Arbeit bei Klappenfehlern, Hypertrophie, Arrhythmien, Fieber usw., auf das Mehrfache steigen

b) Milchsäure

Schon bei der Wiederherstellung des Phosphorkreatins, das als Phosphatreserve zur unmittelbaren Erneuerung der bei der Kontraktion zerfallenden ATP dient, sind Umwandlungen des Muskelglykogens notwendig. Bei seinem glykolytischen Abbau kann Phosphorkreatin regeneriert werden. Es entsteht dabei Milchsäure, die unter normalen Verhältnissen größtenteils wieder zum Aufbau von Glykogen verwendet wird. Sie wird auch bei der Tätigkeit des Skelettmuskels reichlich gebildet und dient neben anderen Stoffen, wie Brenztraubensäure und glukoplastischen Aminosäuren²¹, in hohem Maß der Energieversorgung des Herzens. Unter physiologischen Verhältnissen wird der Erholungsstoffwechsel zum Neuaufbau der Adenosintriphosphorsäure und damit zur Wiederherstellung der Kontraktionsenergie des Herzens hauptsächlich durch Oxydation der Blutmilchsäure bestritten, während Herzglykogen und Glukose weitgehend geschont werden. Milchsäure wird bei starkerer Arbeit des Skelettmuskels vermehrt gebildet, kann aber von diesem nicht oder nur ungenügend wieder verwertet werden²². Sie muß vielmehr, um neuerdings als Energiespender für den Skelettmuskel zu dienen, erst den Umweg über die Leber machen, um dort in Glykogen verwandelt zu werden. Dieses wird dort gehortet, je nach Bedarf als Zucker ins Blut abgegeben und kann dann erst vom Muskel aufgenommen und wieder in Energie umgewandelt werden. Es vollzieht sich hier ein Kreislauf der Kohlenhydrate vom Skelettmuskel über die Leber wieder zum Muskel. Das Herz hingegen kann seine Milchsäure direkt verwenden und außerdem noch große Mengen davon aus dem Blut direkt, ohne Umweg über die Leber, in seinen Stoffwechsel einbeziehen.

Der Milchsäuregehalt im Blut beträgt normalerweise 5–20 mg% und kann schon bei mäßiger Muskelarbeit auf das 2–3fache steigen. Unter Umständen werden Werte von 100–200 mg% erreicht²³. Es kommt dann auch zu *Milchsäureanhaftung im Muskel*, und ihre Verbrennung erhöht wieder den Sauerstoffbedarf des Körpers nach großen Muskelleistungen und vor allem bei Herzinsuffizienz. Der erhöhte Sauerstoffverbrauch bei solchen Krankheiten ist ja bekannt und wird bei vielen Herzkranken mit chronischer Dekompensation

des Kreislaufes durch Symptome angedeutet, wie wir sie sonst bei Thyreotoxikosen zu sehen gewohnt sind. Man kann bei solchen Herzkranke durch ihr erregtes Wesen, Schwitzen, Tremor, ja Augensymptome auf einen solchen besonderen Sauerstoffmangel aufmerksam werden, der durch Milchsäureanhäufung oder andere Stoffwechselveränderungen im Gefolge der Herzinsuffizienz hervorgerufen wird. Man darf aber andererseits auch nicht die Möglichkeit übersehen, daß primäre thyreototische Erkrankungen erst zu der vorliegenden Herzinsuffizienz geführt haben.¹¹⁶

c) Spar- und Sicherungssysteme im Herzstoffwechsel

Bei Muskelarbeit muß die Herzarbeit größer werden. Der Skelettmuskel liefert dabei mehr Milchsäure an das Blut und stellt damit dem Herzen, dessen Mehrarbeit er braucht, durch seine eigene Arbeit ein Kraftreservoir zur Verfügung, das sich den jeweiligen Mehranforderungen unter normalen Verhältnissen immer anpaßt. In diesem Verhalten ist ein hervorragendes Beispiel der sparsamen und sinnreichen Planung von Lebensvorgängen zu sehen, wie sie gerade im Bereich des Herzstoffwechsels besonders deutlich nachzuweisen sind, da dieser wegen seiner zentralen Stellung und stoßweisen Mehrbeanspruchung besonders schutzbedürftig ist. Andere Beispiele¹¹⁷ zur Befriedigung dieses Sicherheitsbedürfnisses sind auch in der Eigenschaft des Herzens zu sehen, im Gegensatz zum Skelettmuskel oder jedenfalls in weit höherem Maße als dieser bei Sauerstoffmangel auf anaerobem Wege Traubenzucker unter Milchsäurebildung direkt verbrennen zu können, ferner in dem hohen Gehalt des Myokards an Myoglobin, einem dem Hämoglobin ähnlichen, sehr wichtigen Protein des Muskels, das eine besonders hochgradige Affinität zum Sauerstoff hat. Es kann ihn in besonders großer Menge speichern, stellt also eine große lokale Sauerstoffreserve des Muskels dar und gibt ihn erst bei tiefer Partialspannung ab. Es bildet wahrscheinlich eine Zwischenstation zwischen dem Hämoglobin und den Gewebsfermenten.¹¹⁸ Auch diese, wie das Zytochromsystem, finden sich im Herzen in besonders reichem Maße, und es ist zu vermuten, daß sie dort eine bessere Sauerstoffausnutzung erlauben als in anderem Gewebe. Ferner ist die zentrale Anordnung der Herzmuskelfaserkerne in diesem Rahmen zu erwähnen und die große Dehnbarkeit dieser Faser in der Diastole und Dilatation. Die Faser wird dabei dünner, und dadurch wird die Diffusionsstrecke in ihrem Innern bis

zum Kern und zwischen den Kapillaren verringert und die zur Stoffaufnahme notwendige Faseroberfläche vergrößert

d) Der energieliefernde Kohlenhydratabbau im Herzmuskel

Die Zuckerverwertung zur Bereitstellung von Kraftreserven kann auf zwei Wegen geschehen. Sie stehen in engster Verbindung mit dem Mineralhaushalt, und die einzelnen Umwandlungen geschehen unter Vermittlung der energiereichen Phosphatverbindungen des Adenylsauresystems, zu dessen Aufladung wieder der Zuckerabbau unentbehrlich ist.

Der größte Energiegewinn durch KH-Abbau geschieht durch die Veratmung der KH unter Sauerstoffverbrauch, in der oxydativen Phase. Außerdem gibt es die Glykolyse, welche Substrate für den oxydativen Abbau liefert, was die gegenseitige Abhängigkeit dieser beiden Vorgänge unterstreicht. Die erste Etappe des KH-Abbaues stellen in den meisten Zellen wohl die glykolytischen Reaktionen dar. Dies geht schon daraus hervor, daß der Zusatz von Stoffen, welche die Glykolyse hemmen, meist auch die Atmung der Zellen, also die oxydativen Verbrennungen, bis auf einen kleinen Rest unterdrückt.

1 Glykolyse

Bei der Glykolyse kommt es, ohne daß vorerst Sauerstoff verbraucht wird, zum Abbau des Muskelglykogens durch Umlagerungen, Abspaltung und Anfügung von Phosphatresten über das Adenylsauresystem an Bruchstücke von Kohlenhydratketten unter der katalytischen Wirkung von Fermenten. Da diese Umwandlungen auch bei Sauerstoffmangel vor sich gehen können (daher der Name «anaerobe Phase»), ist dieses glykolytische Fermentsystem besonders in solchen Geweben gut ausgebildet, die zeitweise unter Sauerstoffmangel arbeiten müssen, wie Herz und Skelettmuskel. Es handelt sich bei diesen Reaktionen um eine Kette von etwa 20 Gliedern, die im einzelnen genau bekannt sind⁷³. Für spätere therapeutische Überlegungen ist es wichtig, daß in einer der früheren Stufen das dort gebildete Glukose-6-Phosphat in Fruktose 6-Phosphat umgelagert wird, da offenbar nur Fruktose weiter zerlegt werden kann. Es lassen sich daher bei Zufuhr von Fruktose anstelle von Traubenzucker therapeutische Vorteile erzielen, weil die Fruktose die gleiche Energie mitliefert wie die Glukose, ohne den ersten Teil von deren Umwandlungen mitmachen zu müssen^{126a}.

Bei Sauerstoffzufuhr ist die Brenztraubensäure das Endprodukt der Glykolyse. Bei der Spaltung ihrer Vorstufe, der Phosphobrenztraubensäure, nimmt früher gebildete Adenosindiphosphorsäure unter katalytischer Vermittlung eines magnesiumhaltigen Fermentes die abgetrennte Phosphorgruppe auf, wodurch ATP gebildet wird. Die Brenztraubensäure kann dann als wesentlicher Baustein in den Kreisprozeß der oxydativen Verbrennung der Kohlenhydrate eingeschleust werden.

Wenn das tierische Gewebe aber unter Sauerstoffmangel leben muß, stellt die Milchsäure das Endprodukt der Glykolyse dar. In diesem Fall, also auch bei der Herzinsuffizienz, tritt diese Abbau-phase in den Vordergrund, bei Zutritt von Sauerstoff aber nimmt sie ab oder verschwindet ganz zugunsten der Atmung. Der Vorteil der Milchsäure als Endprodukt ist, daß sie nur durch Verbrennung zu erzielen ist. Sie sind also nicht ökonomisch.

2. Atmung und Krebszyklus

Der eigentliche Energiegewinn erfolgt erst in der zweiten, der sogenannten «aeroben Phase». Hier wird vor allem die Brenztraubensäure weiter aufgespalten, deren Entstehung aus höheren Zucker-Verbindungen wir eben beleuchtet haben. Dies geschieht auf dem Weg über die Essigsäure, welche über ihre Rolle im Zuckerstoffwechsel hinaus auch als Zwischenprodukt in den Auf- und Abbau des Fett- und Eiweißstoffwechsels eingeschaltet ist. Im Hinblick auf das Myokard ist es deshalb wichtig, neben den Kohlenhydraten noch andere Energiequellen für den Herzstoffwechsel zu erkennen. Während noch nicht sicher ist, ob die Eiweißstoffe als solche in Frage kommen, gibt es genügend Hinweise dafür, daß das Herz Fett zu verbrennen vermag. Energetisch wirkt sich das aber wahrscheinlich nur im Hungerstoffwechsel aus.²²

Über die Essigsäure, deren komplizierte Entstehung über die «aktivierte Essigsäure» und das Koenzym A hier nur angedeutet werden soll, geschieht die Einschleusung der genannten Stoffe in den sogenannten Zitronensäure- oder Krebszyklus, wo sie über Tri- und Dikarbonsäuren bis zu den Endprodukten der biologischen

²² Morgan, Fortschritte der Kardiologie

Oxydation – zu Kohlensäure und Wasser – abgebaut werden. Es handelt sich dabei um einen Kreisprozeß, in dem die Oxalessigsäure als immer neu entstehender Reaktionspartner eine besondere Rolle spielt.

e) *Atmungskette und Zytochromsystem*

Die Verbrennungsprozesse des Zitronensäurezyklus machen ihre Energie auf dem Wege über die «Atmungskette» wirksam, an welcher der Strom der bei dem Kreisprozeß frei werdenden Wasserstoffatome entlang wandert und dort Reaktionen, wie die Bildung von ATP unter Aufnahme von anorganischem Phosphat, auslöst. So wird die Energie der Verbrennung aus dem Krebszyklus nicht frei, sondern durch direkte Überführung in die organische Phosphatbindung über das Adenylsauresystem für die verschiedensten Leistungen im Körper zur Verfügung gestellt. Dabei kommt es aber nicht zu einer Stapelung auf längere Sicht wie etwa bei der Anlage von Glykogenvorräten, sondern es handelt sich um einen dynamischen Auffangmechanismus, der die anfallende Energie sammelt, um sie in gerichteter Weise weiterzugeben wie bei einem Windkessel. In der Atmungskette wird der Wasserstoff zuerst von Fermenten aufgenommen, welche in bestimmten Zellgranula (Mitochondrien) lokalisiert und einander sehr ähnlich sind. Sie unterscheiden sich aber durch ihr «Apoferment», einen spezifischen Eiweißkörper, von dem es abhängt, von welchem Substrat des Krebszyklus der Wasserstoff abgespalten wird⁴⁴. Es handelt sich hier mit einer Ausnahme um Pyridinfermente. Von ihnen wird der Wasserstoff auf eine andere Fermentgruppe, die Flavinfermente, übertragen und von diesen auf das Zytochromsystem, wobei das Wasserstoffatom in das Wasserstoffion übergeht.

Das Zytochrom C ist der am besten bekannte Angehörige des Zytochromsystems, in dem der Wasserstoff unter Änderung der Wertigkeit des im Zytochrom enthaltenen Eisens weitergereicht wird bis zu seiner wasserbildenden Endreaktion mit dem Sauerstoff. Das System läßt ferner den Sauerstoff der Luft im Zellstoffwechsel aufgehen. Dieser wird in der Lunge dem Hämoglobin angelagert⁴⁵ und von dort aus an die Zellwand herangetragen. Dort wird er, wohl unter Vermittlung des Myoglobins, vom Warburgschen Atmungsferment, der Zytochromoxydase, welche in jeder Zelle vorhanden und fest verankert ist, übernommen und an das Zytochromsystem weitergereicht. Dieses, aus den Zytochromgrup-

pen A, B und C bestehend, gehört wie Hämoglobin und Zytochromoxydase zu den Eisenporphyrinerbindungen. Während das Hämoglobin seine Sauerstofftransportfunktion ausübt, indem es Sauerstoff aus der Luft nur anlagert, ohne sein Eisen aus der zweiwertigen in die dreiwertige Stufe überzuführen, können Zytochromoxydase und system durch reversiblen Valenzwechsel $\text{Ferri} \rightleftharpoons \text{Ferro}$ wirken. Den Aufgaben dieses Systems entsprechend enthalten Gewebe mit dem stärksten intravitalen Sauerstoffverbrauch die größten Zytochromkonzentrationen. An ihrer Spitze steht das Herz¹²⁵. Im Tierversuch konnte gezeigt werden¹¹, daß in Herz und Nieren von Ratten der Gehalt an Zytochromoxydase nach häufig wiederholten Injektionen von Zytochrom ansteigt.

Hier sind auch Beobachtungen interessant¹⁰, wonach der Milchsäurespiegel im Blut, dessen Verhalten bei Hypoxie besprochen wurde, bei Herzinsuffizienz, Angina pectoris, Koronarinsuffizienz, CO und Schlafmittelvergiftungen usw. durch Gabe von Zytochrom C durch mehrere Stunden gesenkt werden kann. Damit werden neben andern^{8, 9, 122} auch eigene klinische Beobachtungen bestätigt¹²⁰, die wir außer bei Barbitursäurevergiftungen auch bei zyanotischen Herzinsuffizienzen gemacht haben (Kyphoskoliosen), wo wir eine raschere Erholung mit Verschwinden der Zyanose gesehen haben als nach andern Arzneimitteln, insbesondere wenn nach langem Gebrauch Strophanthin aus irgendwelchen Gründen unwirksam geworden war. Auch wir haben anfangs die in der oben zitierten Arbeit von Boden und Mitarbeitern erwähnten Überempfindlichkeitsreaktionen, wie Glottisödem, Urticaria und sogar Schüttelfröste, erlebt. Das hat aber ganz aufgehört, seitdem die uns beliefernde Firma pyrogenfreies Wasser zur Herstellung der Ampullen verwendet. Wir spritzen das Mittel in Dosen von 10–30 mg ein bis mehrmals im Tag intravenös, weil die Wirkung nur einige Stunden anhält.

f) Vitamin B bei Herzkrankheiten

1. Vitamin B₁

Bei den Kohlenhydratumwandlungen spielen mannigfaltige Fermente eine Rolle, in denen Vitamine eingebaut sind und lebenswichtige Bedeutung haben. In dem der Natur in mancher Beziehung entfremdeten Leben unserer Zivilisationsepoche stellen sie den Angriffspunkt verschiedener Schädigungen dar und sollen hier an

Oxydation – zu Kohlensäure und Wasser – abgebaut werden. Es handelt sich dabei um einen Kreisprozeß, in dem die Oxalessigsäure als immer neu entstehender Reaktionspartner eine besondere Rolle spielt.

e) Atmungskette und Zytochromsystem

Die Verbrennungsprozesse des Zitronensäurezyklus machen ihre Energie auf dem Wege über die «Atmungskette» wirksam, an welcher der Strom der bei dem Kreisprozeß frei werdenden Wasserstoffatome entlang wandert und dort Reaktionen, wie die Bildung von ATP unter Aufnahme von anorganischem Phosphat, auslöst. So wird die Energie der Verbrennung aus dem Krebszyklus nicht frei, sondern durch direkte Überführung in die organische Phosphatbindung über das Adenylsauresystem für die verschiedensten Leistungen im Körper zur Verfügung gestellt. Dabei kommt es aber nicht zu einer Stapelung auf längere Sicht wie etwa bei der Anlage von Glykogenvorräten, sondern es handelt sich um einen dynamischen Auffangmechanismus, der die anfallende Energie sammelt, um sie in gerichteter Weise weiterzugeben wie bei einem Windkessel. In der Atmungskette wird der Wasserstoff zuerst von Fermenten aufgenommen, welche in bestimmten Zellgranula (Mitochondrien) lokalisiert und einander sehr ähnlich sind. Sie unterscheiden sich aber durch ihr «Apoferment», einen spezifischen Eiweißkörper, von dem es abhängt, von welchem Substrat des Krebszyklus der Wasserstoff abgespalten wird⁶⁸. Es handelt sich hier mit einer Ausnahme um Pyridinfermente. Von ihnen wird der Wasserstoff auf eine andere Fermentgruppe, die Flavinfermente, übertragen und von diesen auf das Zytochromsystem, wobei das Wasserstoffatom in das Wasserstoffion übergeht.

Das Zytochrom C ist der am besten bekannte Angehörige des Zytochromsystems, in dem der Wasserstoff unter Änderung der Wertigkeit des im Zytochrom enthaltenen Eisens weitergereicht wird bis zu seiner wasserbildenden Endreaktion mit dem Sauerstoff. Das System läßt ferner den Sauerstoff der Luft im Zellstoffwechsel aufgehen. Dieser wird in der Lunge dem Hämoglobin angelagert⁶ und von dort aus an die Zellwand herangetragen. Dort wird er, wohl unter Vermittlung des Myoglobins, vom Warburgschen Atmungsferment, der Zytochromoxydase, welche in jeder Zelle vorhanden und fest verankert ist, übernommen und an das Zytochromsystem weitergereicht. Dieses, aus den Zytochromgrup-

Aufregungen eintreten, nimmt das Herz sehr bald Mitralform an; es kommt zu starker Erweiterung des rechten Herzens und zu Stauungen im dahinter liegenden Venengebiet, insbesondere in der Leber. Im Myokard entsteht Quellung des Sarkoplasmas, bei oft lange erhaltener Querstreifung²⁰, Sarkolyse der Fibrillenstruktur und Bildung von Rundzelleninfiltraten im Interstitium²¹

Es liegt nahe, ähnliche Erscheinungen des Versagens der rechten Herzhalfte mit Leberstauung auch in Europa in Zusammenhang mit Vitamin B₁-Mangel zu bringen. Denn es gibt zahlreiche Faktoren, welche auch hier einen solchen erzeugen. Dazu gehört in erster Linie der relativ niedrige und in der letzten Generation ständig abnehmende B₁ Gehalt unserer durchschnittlichen Ernährung. Unabhängig von der Einkommensstufe nimmt der Verbrauch von Weißmehl und Zucker, also vitaminarmen KH-Trägern, zu. Dabei wird die Eiweißquote unserer Nahrung erhöht, und beides vermehrt den B₁-Bedarf im Stoffwechsel. Nur das Fett läßt ihn unberührt. Es kommt dadurch mindestens zu einem relativen Aneurinmangel, da das Vitamin B₁ vielfach in Schalen und Häuten vorkommt, die bei der industriellen Zubereitung wegfallen.

Andererseits wird bei Eiweißmangel, auch bei ausreichender Versorgung des Körpers mit B₁, dessen Verwertung im Organismus gehemmt, weil es nämlich – an Phosphor gebunden – in der Zelle an Eiweiß verankert werden muß, um am Aufbau von Fermenten teilnehmen zu können²². Es besteht also auch bei zu geringer Zufuhr oder Bildung von Organeiweiß in der Leber ein erhöhter B₁-Bedarf. Dies ist nicht nur bei Hunger, sondern auch bei Herzkrankheiten besonders wichtig, weil diese häufig zu Albumin- und Gesamteiweißmangel führen.

Resorptionsstörungen bei der Nahrungsaufnahme, wie sie bei Stauungskatarrhen vorkommen, verhindern ebenso wie Durchfälle die ausreichende B₁-Versorgung bei Herzkranken, weil die Ausnutzung des Aneurin Gehaltes der Nahrung um so besser ist, je länger diese im Magen-Darm-Trakt verweilen kann. Fieberhafte Erkrankungen und jede andere körperliche Leistungssteigerung erhöhen den B₁ Bedarf, wie aus seinen Beziehungen zum KH-Stoffwechsel zu erkennen ist. Daher auch das plötzliche Auftreten der Beriberi nach körperlicher Arbeit oder die häufigere Beobachtung hypovitaminotischer Erscheinungen bei dekompensierten Herzkranken. Weil der gesamte Stoffwechsel durch erhöhte Schilddrüsentätigkeit aktiviert wird, fördert auch eine Hyperthyreose das Auftreten von kardio-

einem der Therapie bereits gut zugänglichen Beispiel besprochen werden. Die große Bedeutung der Brenztraubensäure (BTS), welche im Lauf der Glykolyse, aber auch bei andern Reaktionen im Eiweiß- und Fetthaushalt des Organismus erscheint und als wichtiger Brennstoff für die Oxydationen des Zitronensäurezyklus dient, wurde oben beschrieben. Ihre Einmündung in diesen Kreisprozeß durch Überführung in die Oxalessigsäure geschieht auf einem komplizierten, aber bereits weitgehend aufgeklärten Weg über ein Ferment, Karboxylase, dessen wesentlicher Bestandteil Aneurindiphosphorsäure ist¹⁸, welche aus Vitamin B₁ und zwei Phosphorgruppen gebildet wird. Sie dient auch noch bei einer weiteren Reaktion in diesem Zyklus als Koferment, und das zu ihrem Aufbau notwendige Vitamin B₁ spielt daher im Stoffwechsel und vor allem im Zuckerstoffwechsel eine unentbehrliche Rolle. Seine Bedeutung in der Herz- und Kreislaufpathologie liegt daher auf der Hand.

Eine Störung im Abbau der BTS ist wegen ihrer engen Verknüpfung mit so vielen Stoffwechselprozessen von großer Bedeutung, denn sie fehlt dann als Brennstoff und kann durch ihre höhere Konzentration im Blut erhebliche Nebenwirkungen auslösen, zu denen wohl die dem Aneurinmangel zugeschriebenen charakteristischen Erscheinungen von seiten des Zentralnervensystems, wie Krämpfe und Lahmungen, gehören und die Benommenheit und Unruhe des dekompensierten Herzkranken wenigstens teilweise, die man sonst zentralen Durchblutungsstörungen zur Last zu legen pflegt. Eine solche Störung im BTS-Abbau ist denkbar, wenn dieses Stoffwechselprodukt im Sauerstoffmangel bei Herzinsuffizienz wegen überwiegend anaerober Abbauprozesse vermehrt anfällt und der normale Fermentbestand nicht ausreicht, um es weiter zu verarbeiten. Sie ist weiter denkbar, wenn die Phosphoranlagerung an B₁ Not leidet, wie ■ bei ungenügender Ausschüttung von Nebennierenrindenhormonen der Fall sein kann, und sie ist endlich genau bekannt bei Vitamin-B₁-Mangelkrankheiten, wie der Beriberi^{95 107}.

2 Vitaminmangelkrankheiten

Diese auf Vitamin B₁-Mangel beruhende Massenerkrankung malauscher Reisesser läßt neben einer mehr oder weniger ausgeprägten neuritischen und hydropischen Komponente vor allem schwere Kreislaufzeichen erkennen¹⁴⁹. Nach Müdigkeit, Herzklopfen und Unwohlsein, welche vor allem nach Anstrengungen und

die Digitalistherapie nach richtiger Indikationsstellung durch eine Vitamin B Therapie ergänzt werden

Diese Therapie muß mit einer geeigneten Diät beginnen, welche Mehl und Brot mit einem Ausmahlungsgrad von mindestens 85% enthalten soll, da sich B₁ vor allem in Getreidekörnern und Hülsenfrüchten findet, also überall dort, wo Nahrung für entwicklungsfähige Keime angesammelt ist. Von andern pflanzlichen Nahrungsmitteln sind vor allem Gurken, Tomaten, Haselnüsse, Spinat, grüne Bohnen, Johannisbeeren, Apfelsinen, Mohrrüben, gekochte Kartoffeln usw. in der erwähnten Reihenfolge gute bis ausreichende B₁ Träger. Auch in tierischen Organen, vor allem Leber, Niere und Herz, findet sich viel davon. Unter den gebräuchlichen Fleischsorten ist Schweinefleisch besonders reich an B₁. Auch Hühnereier enthalten viel davon. Beim Braten und Kochen können 50% und mehr von diesem Stoff verlorengehen. Da lebende Zellen für die Zustandsform der Kohlenhydratase, in der sich das Aneurin dort befindet, nicht durchgangig sind, kommen sie trotz ihres Reichtums an B₁ als Aneurinspender nicht in Frage, sie reißen sogar freies Aneurin aus dem Darminhalt an sich, welches an die Membranen der lebenden Hefezellen adsorbiert wird.¹²⁰ Wenn größere Aneurindosen peroral verabreicht werden sollen, muß man bedenken, daß die Resorptionsfähigkeit im Darm auch bei Verteilung über den ganzen Tag nicht über 10–12 mg hinausgeht. Parenteral können viel größere Dosen wirksam werden. Es kommt dann aber unter Umständen zu anaphylaktischen Wirkungen, die Erscheinungen wie bei Eiweißüberempfindlichkeit gleichen. Von der Aneurintherapie in Form der Kohlenhydratase haben wir oft besonders bei sehr asphyktischen Patienten sehr Gutes gesehen. Die Wirkung hält aber nicht sehr lang an und man muß 1–3mal im Tag 50–100 mg intravenös spritzen.⁷¹

An unserm Krankengut hat sich die intravenöse Zufuhr von Vitamin B-Komplex Präparaten am besten bewährt (Polybion, BVK Roche). Wir sind unter dem Eindruck von Überempfindlichkeitserscheinungen nach Aneurin vor allem deshalb dazu übergegangen, weil die Erforschung der biologischen Leistungen der Gruppe der B-Vitamine ergeben hat, daß alle dieser Gruppe angehörigen Vitamine «in engen Wechselbeziehungen stehen und gemeinsam vorkommen, daß jedes einzelne von ihnen nur wirkt, wenn alle andern gleichzeitig anwesend sind.»¹²¹ Wir unterstützen diese Therapie oft durch gleichzeitige Gaben von Adenosinmonophosphorsäure, da die Leistung des Aneurins erst über seine Phosphory-

vaskularen Aneurinmangelsymptomen Das häufige Vorkommen von Herzinsuffizienzzeichen bei Hyperthyreose, welche oft gar nicht auf diese Erkrankung bezogen und daher falsch eingeschätzt werden¹²⁶ und durch Digitalispräparate meist nicht zu beeinflussen sind, sollte daher nicht nur auf die hormonbedingte Pulsbeschleunigung und Überbeanspruchung durch die Stoffwechselerhöhung bezogen, sondern auch in Zusammenhang mit dem Aneurinmangel bei Schilddrüsenüberfunktion gesehen werden Das ist wichtig, weil Hyperthyreosen und verwandte Abwegigkeiten im vegetativen Bereich heute sehr häufig sind Endlich können Begleiterscheinungen von Herzkrankheiten, wie Stauungspneumonien oder andere fieberhafte Infekte, den Aneurinmangel weiterhin verstärken und den Circulus vitiosus, der immer mehr zu Dekompensation des Herzens führt, vertiefen, der dann bei stärkerem Fermentbedarf im anaeroben KH-Abbau der Anoxämie zur Katastrophe führt

Daß ein solcher Mechanismus häufig vorliegt, geht aus Beobachtungen über Steigerungen des BTS-Spiegels im Serum von Herzkranken mit den beschriebenen Symptomen hervor Neben andern Untersuchern^{25 74 138}, haben auch wir¹⁰⁷ bei vielen schwer dekompensierten Herzpatienten solche Steigerungen bis zu 4, neuerdings sogar bis 6 mg% gesehen, während sich unsere Normalwerte wie in anderen Beschreibungen um 1 mg% bewegen Die Höhe des Blutspiegels ging häufig der Schwere des Krankheitsbildes parallel und senkte sich bei Besserung des Allgemeinzustandes

g) Therapie

Die Bedeutung einer Vitamin-B-Therapie geht aus dem Gesagten ausreichend hervor Sie wird noch dadurch unterstrichen, daß Stoffwechseluntersuchungen an Herzschnitten von Versuchstieren¹³⁸ im Gegensatz zu der signifikanten Wirkung von Strophanthin auf Glukose- und Milchsäureverbrauch keinen Einfluß der Herzglykose auf den Brenztraubensäureumsatz ergeben haben Das wirft ein Licht auf die oft geringe Ansprechbarkeit der Rechtsherzinsuffizienz auf Digitalispräparate und die gute Wirkung von Kokarboxylase in solchen Fällen⁹⁶ Eine solche haben wir auch mit Vitamin-B-Komplex-Präparaten häufig erzielen können und danach oft auch wieder eine bessere Ansprechbarkeit auf Digitaliskörper gesehen Die Herzinsuffizienzsymptome bei Aneurinmangel und BTS-Erhöhung sind eben durch Digitalis nicht zu heilen, und deswegen muß

Eine erfolgreiche Zuckerverwertung ist nur möglich, wenn das regulierende Fermentsystem in Ordnung ist, dessen Aktivierung daher angestrebt werden muß. Schon die Fruktose wirkt hier günstiger, weil sie ein guter ATP-Lieferant ist. Das über Vitamin B Gesagte ist hier ebenfalls zu berücksichtigen, vor allem soll auch B₁₂ nicht vergessen werden, welches Verwertungsstörungen des Zuckers, wie sie bei Parenchymschädigungen der Leber und bei besonderen Konstitutionstypen, wie Pyknikern und bei Fettsüchtigen, vorkommen, beseitigen kann und den Umsatz dieses Zuckers beschleunigt¹²⁷. Dabei braucht es sich wahrscheinlich gar nicht um einen primären Vitaminmangel auf diesem Gebiet gehandelt zu haben. Die besten Erfolge haben wir gesehen, wenn wir in schweren Fällen neben der genannten Therapie zweimal in der Woche 1000 γ B₁₂ (Cytobion) parenteral gegeben haben.

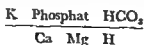
V. Kalium in Klinik und Therapie

a) Bedeutung des Ionenmilieus

Die wichtigsten Umwandlungen organischer Substanz zur Aufrechterhaltung des Lebens pflanzlicher und tierischer Gewebe sind eng mit dem Mineralhaushalt des lebendigen Körpers verknüpft, der diese Gewebe enthält. Das gilt in besonderem Maß für das Herz und für alle Lebensvorgänge, welche die Tätigkeit des Herzens irgendwie beeinflussen. Der Auf- und Abbau von Nährstoffen zur Erzeugung von Energie oder zur Verbrennung und ihr Transport durch die Zellwände in die arbeitenden Zellen oder als Schlacken in die Außenwelt ist an ein genau reguliertes Elektrolytgleichgewicht gebunden. Machtige Kräfte im Organismus suchen dieses Gleichgewicht mit raffinierten Mitteln aufrechtzuerhalten, denn schon geringe Veränderungen im Verhältnis der einzelnen Ionengruppen zueinander führen zu Stoffwechselstörungen, Leistungsminderung und Tod.

1. Ionenantagonismus

In diesem Ionenmilieu kommt dem Kalium eine entscheidende Bedeutung zu. Seine Wechselwirkung zu anderen Ionen, wie etwa denen des Kalziums, wird leicht faßlich von der Gjorgyischen Formel herausgehoben:



lierung zu Kolarboxylase möglich ist, also auch von einem genügenden Angebot an Phosphordonatoren abhängt

Die Behandlung von Herzkranken über den Zuckerstoffwechsel muß zum Ziele haben, möglichst leicht verwertbare Zucker in möglichst großen Mengen an Herz und Leber heranzubringen. Da die Tätigkeit des zuckerverarbeitenden Fermentsystems vor allem in der Leber weitgehend autonom ist und von Angebot und Nachfrage geregelt wird, bevor hormonelle und neurovegetative Regulationsvorrichtungen eingreifen, liegt die Bedeutung dieser Maßnahme auf der Hand. Sie dient zum direkten Angebot verwertbarer Kohlenhydrate an das Herz und zur Verbesserung der Leberfunktionen durch Erleichterung des Glykogenansatzes. Über die Traubenzuckertherapie braucht hier nicht besonders geredet zu werden, da sie sehr gut eingebürgert ist. Einen Fortschritt gegenüber dieser Therapie stellt die Behandlung mit Fruchtzucker dar, denn sie führt zu schnellerer Zuckerverwertung und stärkerem Glykogenansatz in der Leber. Wenn eine stärkere Anlagerung von Fruktose selbst im Herzen auch nicht nachgewiesen ist, so wirkt sie auf den Herzstoffwechsel doch günstiger als Dextrose, weil mehr Intermediärprodukte angeboten werden, mehr Adenosintriphosphorsäure gebildet wird und die Leber durch stärkere Glykogenanreicherung in ihrer Hilfsstellung für das Herz gefördert wird. Fruchtzucker (Lävulose) wird gut vertragen, per oral langsamer resorbiert als Dextrose und macht bei der Injektion nicht so leicht Thrombosen wie diese. Nach großen und schnell gegebenen Dosen kann es vorübergehend zu adynamischen Zuständen und Opressionsgefühl im Oberbauch kommen. Wir verwenden 20%iges Lävosan in Dosen von 10–20 cm³ intravenös oder 0,25 g/kg Körpergewicht in 6%iger Lösung innerhalb 10 Minuten in Form einer intravenösen Dauertropfinfusion. Strophanthin ist in dieser Kombination langsam noch wirksam, wenn es allein Nebenwirkungen zeigt.

Auch die Mischung von Fruktose und Dextrose in Gestalt der Invertzuckertherapie hat einen ähnlich günstigen Heileffekt wie die Lävulose allein. Bei gleichzeitigem Ikterus ist diese Therapie der Lävulose sogar überlegen, denn jetzt ist der Glukoseanteil besser in der Lage, giftig wirkende Abbaustoffe der Leber und auch Bilirubin zu entgiften und dann mit der gestauten Galle über die Blutbahn mit dem Harn zu eliminieren¹². Die intravenöse Therapie ist besonders bei Stauungskatarrhen im Magen-Darm-System der peroralen Anwendung vorzuziehen.

in den Zellen verschwindet Kalium aus dem Blutserum oder der die Zelle umgebenden Extrazellulärflüssigkeit und wird in der Zelle angereichert, bei Freisetzung von Glykogenreserven tritt es in der Umgebung vermehrt auf. Die guten Erfolge der Zuckertherapie bei Herz- und Lebererkrankungen, die lange Zeit auf reiner Empirie beruhten, werden vielleicht durch einen «Mitnahmeeffekt» dieses Zuckers für Kalium in das Zellinnere hinein bedingt, wenn dieses an Kalium verarmt ist.¹⁰⁷ Denn Kalium in der Zelle bedeutet eine Forderung der Zellenergie, Kaliumabgabe aber Energieverlust und gegebenenfalls Eintritt von Natrium in den Zellleib, was Leistungsminderung, Quellung und Schädigung mit sich bringt.

Es ist eine der auffallendsten Eigenschaften lebender Zellen, daß sie Konzentrationsunterschiede der Ionen des Zellinneren gegenüber der Umgebung aufrechtzuerhalten bestrebt sind. Stirbt die Zelle ab, so gleichen sich diese Unterschiede aus.⁷ Ihre Aufrechterhaltung erfordert Arbeit. Um sie zu leisten, sind große Energiemengen notwendig, die einen beträchtlichen Teil des in der Grundumsatzbestimmung zum Ausdruck kommenden gesamten Energiebedarfs des Organismus darstellen. Nach Untersuchungen mittels radioaktiver Natrium- und Kaliumionen darf man annehmen^{61, 110}, daß das Eindringen von Natrium in die Zellen, wo es normalerweise sehr spärlich vorhanden ist, durchaus möglich ist und nicht durch das stoffliche Verhalten der Zellwand verhindert wird. Das gleiche gilt mit umgekehrtem Vorzeichen für die Kaliumionen. Während die Natriumionen wie durch ein Pumpsystem dauernd durch die Zellwand hinausgetrieben bzw. abgehalten werden, werden die K-Ionen dem Zytoplasma dauernd zugebracht, zu dem sie wohl eine besondere Affinität haben. Dieses Pumpsystem soll neben Energie auch Kalium brauchen, so daß bei dessen Mangel der Natriumgehalt der Zellen größer werden kann, weil das Pumpsystem nicht genügend funktioniert.

3 Kaliumbestand im menschlichen Körper

Die Konzentration des Kaliums beträgt im Zellinneren 540 bis 620 mg%. In dem der Untersuchung fast ausschließlich zugänglichen extrazellulären Raum ist es aber nur in sehr geringer Menge vorhanden. Schwankungen in der Größenordnung von 16–20 mg% liegen hier im Bereich des Normalen. Für die Beurteilung der Ionen-

Sie stellt die Notwendigkeit fixer Beziehungen dieser Stoffe zueinander zwecks Aufrechterhaltung normaler Lebensvorgänge schematisch dar. Erfolgt $\approx B$ eine absolute oder relative Steigerung des Zählers, so wird dadurch eine erhöhte neuromuskuläre Erregbarkeit ausgelöst, während das Überwiegen des Kalziums auf diesem Sektor eine dämpfende Wirkung zeigt. Das Verhältnis von Kalium zu Kalzium wird $\approx B$ im Blutserum, wo es beim Gesunden im Durchschnitt bei 1,8 gefunden wird, sehr genau aufrechterhalten. Wenn es, wie bei manchen Herzkrankheiten, durch eine Erhöhung des Kaliumspiegels gestört wird, dann kehrt es nach unseren Untersuchungen^{64 107} durch Nachrücken des Ca-Spiegels rascher zur Norm zurück als der Kaliumionengehalt des Serums selbst. Als Gegenspieler des Kaliums wirkt im lebenden Organismus aber vor allem das Natriumion, wie später ausgeführt wird. Es hat als Alkali-träger die führende Rolle im Blutserum und überhaupt in der extrazellulären Flüssigkeit des Körpers, während das Kalium das wichtigste Kation des Zellinneren ist.

2 Aufgaben des Kaliums im Stoffwechsel

Dort verläuft der Stoffwechsel, wie wir gesehen haben, unter Vermittlung der energiereichen Phosphorsaurester des Adenylsauresystems. Diese sind nur wirksam, wenn sie mit Kalium in Berührung stehen. Bei Kaliummangel werden sie in ungenügender Menge gebildet. Kalium wird andererseits in den Zellen um so starker angereichert, je höher dort der Gehalt an solchen energiereichen Zwischenprodukten des Stoffwechsels ist.

Auch die Verknüpfung des Kaliums mit dem Zellerweiß ist hervorzuheben. Es wird mit dem Stickstoff beim Fasten in einem Verhältnis ausgeschieden, welches der Muskelzusammensetzung entspricht (92 mg K für 1 g N)²⁸. Dies weist auf seine Bedeutung bei der Kontraktion des Muskels hin, der ja zum größten Teil aus Eiweiß besteht. Deren Vorstadium, die Übertragung der Erregung, ist an das Vorhandensein von Kaliumionen geknüpft¹⁴⁵. Auch die Wirkung des Muskeleiweißes als auslösendes Ferment für die Muskelkontraktion, welches die dazu notwendige Adenosintriphosphorsäure, also die energiereichste Stufe der vorhin genannten Phosphorverbindungen, spaltet, scheint an eine entsprechende Kaliumionenkonzentration der Umgebung gebunden zu sein⁶⁶.

Endlich muß der Bedeutung des Kaliums für den Kohlenhydratstoffwechsel gedacht werden. Bei der Bildung von Glykogen

stande von Bedeutung und erklärt die exzessiven Kaliumverluste durch Erbrechen, Durchfälle, Dünndarmfisteln, Sondenaspiration usw. Kaliummangel im Körper braucht sich nicht unbedingt in einer – am Lebenden allein meßbaren – Erniedrigung des Serumkaliumspiegels, also in einer Hypokaliämie, zu äußern, die z. B. durch eine Bluteindickung larviert oder durch eine Hydrämie vorgetauscht sein kann. Aber die Serumwerte sind nach zahlreichen Literaturangaben und eigener Beobachtung für die gleich zu beschreibenden Symptome des Kaliummangels verantwortlich⁶⁴. Bei längerem Vorhandensein entsprechender intrazellulärer Störungen werden sie sich ja auch auf den Zustand des umgebenden Gewebes einstellen und ihn widerspiegeln.

b) Kaliumbewegung bei Herzkrankheiten

1 Kal umgehalt in Myokard und Serum bei Herzinsuffizienz

Im Herzen vom chronisch dekompensierten Kranken wurde von mehreren Untersuchern ein Kaliumdefizit des geschädigten Myokards festgestellt^{87 88 89} Im Serum kommt es bei solchen Patienten nach anfänglichem Anstieg der K-Werte, der vielleicht als Folge der zunehmenden Ausschüttung von K aus den Zellen zu deuten ist, dann zu einer Hypokaliämie, wenn die Leber Stauungssymptome aufweist⁸⁹ Besonders auffällig ist diese Erscheinung auch bei parenchymatösen Lebererkrankungen, wo ihre Erkennung lebensrettend wirken kann Zu niedere Kaliumwerte im Blut finden sich ferner bei Übersteigerung normaler Dissimilationsvorgänge, wie bei allzu langer Muskulararbeit untrainierter Personen, bei kaliumarmer Ernährung besonders dann, wenn bereits ein latenter oder manifester Kaliummangel aus anderer Ursache besteht, ferner bei Insuffizienz des tubularen Nierenapparates⁹⁰ und endlich als lebensbedrohliche Erscheinung im Coma diabeticum, wo beim Übergang in die Azidose Zelleiweiß abgebaut wird, bei dessen Verschwinden Kaliumverluste eintreten müssen Die Hypokaliämie

bewegung im Organismus und ihrer für uns meßbaren Auswirkungen, die sich bis jetzt hauptsächlich auf Urin- und Blutuntersuchungen, neuerdings auch auf die Verfolgung von radioaktiven Ionen mit dem Geigerzählrohr erstrecken, ist es wichtig, daß der Kaliumbestand des menschlichen Körpers auf Grund dieser intra- und extrazellulären Konzentrationsverhältnisse wesentlich größer ist als der Körpergehalt an Natrium. Der Gesamtkaliumgehalt des menschlichen Organismus wird mit 0,25%¹²⁹ des Körpergewichtes angenommen, was auch für andere Säugetiere zutrifft. Das entspricht rund 175 g Kalium für den erwachsenen Menschen. 98% befinden sich intrazellulär. Der Kochsalzgehalt soll 150–300 g betragen; nimmt man als Mittelwert 200 g an, so würde dies 80 g Natrium für den menschlichen Körper entsprechen. Es ergibt sich daraus ein ungefähres Verhältnis von Körperkalium zu -natrium wie 2,25:1¹. Diese Angaben sind aber nicht als ganz genau anzunehmen, weil das Verhältnis vom Gesamtkörper zur extrazellulären Flüssigkeit nur geschätzt werden kann und die meisten Untersuchungen aus dieser Flüssigkeit stammen. Der Körper enthält ferner etwa 1 kg Ca. Das Phosphat hält sich in der Größenordnung des Ca. Die Chloridmenge entspricht der des Natriums⁶⁰. 58–65% des menschlichen Körpergewichtes bestehen aus Wasser.

In unserem Lebensraum werden von einem gesunden Erwachsenen innerhalb 24 Stunden 3–4 g Kalium aufgenommen. Die Tagesausscheidung beträgt 2,5–3,5 g. Sie geschieht zu ungefähr 95% durch die Nieren, zu einem geringen Teil auch durch Darm und Haut⁶³. Junge Gemüse und andere Vegetabilien mit Ausnahme von Reis sind die wichtigsten Kaliumträger der Nahrung. Vom Obst vor allem Bananen; auch Kartoffeln, Milch und Brot enthalten viel davon, endlich Sojabohnen, Linsen und andere Hülserfrüchte. Im Fleisch ist relativ wenig, doch sind die inneren Organe, wie Herz, Niere, Leber und Hirn, und weiter Hefe als Kaliumträger der Nahrung nicht zu vernachlässigen. Eine Kost, die reich ist an Fett und anderen als den genannten Kohlenhydraten, ist kaliumarm.

Das Mineral wird aus der Nahrung durch den Digestionstrakt ins Blut aufgenommen und kommt von da in die Gewebe, vor allem in Leber, Skelettmuskel und Myokard. Eine relativ große Menge davon erscheint aber mit den Sekretionsprodukten der Verdauungsdrüsen, die sehr kaliumreich sind, nochmals in den oberen Abschnitten des Darmkanals³⁸. Das ist für viele Krankheitszu-

Lang andauernder Kaliummangel führt zu anatomischen Veränderungen am Myokard, an den Nieren und im Darmtrakt. Es gibt umschriebene Nekrosen mit leukozytären Infiltrationen und im Darmtrakt Erweiterungen der Darmschlingen mit Ödemen der Darmwand. Aus den Leukozyteninfiltraten können sich im Laufe der Zeit fibrose Herde entwickeln.

c) Therapie

Die einfachste Maßnahme zur Behebung oder auch zur Verhütung eines drohenden Kaliummangels, der immer zu einer Beeinträchtigung des Herzens führt, aber auch durch chronische Herzinsuffizienz bedingt sein kann und die Digitaliswirkung stört, ist eine geeignete Diät. Sie soll die eingangs beschriebenen Nährstoffe enthalten. Zur Unterstützung dienen Kaliumlösungen, die auch deshalb wichtig sind, weil sie in Fällen mit Neigung zu Wasseransammlung eine diuretische Wirkung entfalten. Als ertraglich gilt die wiederholte Zufuhr von 0,5–2 g KCl in halb- bis anderthalbstündigen Intervallen mit größeren Obst- oder Teemengen oder in 0,5%iger Lösung Tagesmengen von 4 g Kalium, also 8 g KCl, sind gut verträglich. Auch Salze organischer Säuren tun hier gute Dienste, machen allerdings Magenverstopfungen. Bei der peroralen Anwendung von Kaliumlösungen sind herzlähmende Einwirkungen weniger zu befürchten, weil die Ausscheidung des resorbierten Kaliums teils mit dem Harn, teils in die Gewebe so schnell erfolgt, daß die zur Herzschädigung notwendige Konzentration im Kreislauf nicht erreicht werden kann. Die Toxizitätsgrenze liegt bei 30 mg% Kalium im Blut und wird bei Tagesdosen von 2–4 g peroral nicht leicht erreicht, sofern keine Ausscheidungsstörungen bestehen¹¹³. Bei parenteralen Gaben, wie sie bei Herzkranken seltener in Frage kommen, ist hingegen größere Vorsicht am Platz, weil die Vergiftungsgrenze rascher erreicht wird, sie sollte nur unter Kontrolle des Kaliumspiegels im Blut oder bei laufender EKG-Kontrolle angewendet werden. Die Gefahr ist besonders groß, wenn eine Ausscheidungshemmung bei Niereninsuffizienz besteht, wie das bei Herzinsuffizienz öfters vorkommt. Am besten hat sich uns die Butlersche Lösung¹¹⁴ bewährt, deren Zusammensetzung folgendermaßen lautet: NaCl 0,6 g, KCl 1,0 g, K_2HPO_4 0,5 g, $NaC_2H_3O_2$ 2,2 g, Aqua dest ad 1000,0 cm³. Die intravenöse Injektion oder Infusion soll möglichst langsam erfolgen, sie kann durch Nebennierenrindenextrakte oder Zuckerlösungen unterstützt werden, welche das Eindringen von Kalium in die Zellen fördern. Zeigen sich

gen zu sein scheint, deren Beziehungen zum Kaliumstoffwechsel bekannt sind

2 Symptome der Hypokaliämie

Sie werden aus den beschriebenen Eigenschaften dieses Stoffes verständlich. Seiner mangelnden Wirkung auf die Muskelkontraktion und -ernährung entsprechend, kommt es über Kribbeln in den Beinen und Schweregefühl in den Gliedern zu Muskelschwäche, bis zu mehr oder weniger schnell vorübergehenden Lahmungen, welche um so eher mit «funktionellen» Beschwerden verwechselt werden, als sie durch Bewegen der Gliedmaßen und Herumgehen gemildert werden. Es kann zu Dyspnoezuständen, Lahmung der Atmungs- und Schlundmuskulatur und der charakteristischen «Fischmaulatmung» kommen. Auf gleicher Grundlage sieht man Meteorismus und Ileuserscheinungen, welche gewiß beseitigt werden können, wenn man an diese Genese denkt. Ödemneigung wird gefördert, es kommt gelegentlich zu Verwirrungszuständen, tetanischen Zeichen, Reizbarkeit und Nervosität. In späteren Stadien überwiegen kardiale Krankheitszeichen, wie Herzerweiterung, Auftreten von leisen systolischen Geräuschen und Herzinsuffizienz. Es wird danach auch eine Überempfindlichkeit gegenüber Digitaliskörpern beschrieben, welche bei der Hypokaliämie früher toxische Wirkungen zeigen als beim Normalen und nach K-Zufuhr wieder ihre übliche Leistungsfähigkeit gewinnen⁶². Dementsprechend treten elektrokardiographische Veränderungen auf, man sieht Verlängerungen der P-Q-Zeit und der S-T-Strecke und bei weiterer Verschlechterung hoher werdendes P und Abflachung der T-Zacke, eventuell eine U-Welle. Später beobachtet man S-T-Senkungen.

Die Verlängerung der Q-T-Zeit, welche einer pathologisch verlängerten Kontraktionsdauer entspricht, ist in manchen Fällen mit einem Vorfallen des zweiten Herztones als Symptom einer Kontraktionsschwäche des Myokards verknüpft, wie Hegglin⁶³ gezeigt hat. Dieses Bild gilt als Ausdruck der energetisch-dynamischen Herzinsuffizienz und zeigt sich meist im Zusammenhang mit einer Störung des Kaliumstoffwechsels. Die Symptome der Hypokaliämie sind häufig undeutlich und werden von anderen Krankheitsbildern überlagert, in deren Begleitung sie auftreten. Man muß auch bei Herzinsuffizienz danach fahnden und womöglich den Kaliumspiegel mit dem Flammenphotometer messen oder wenigstens ein EKG anfertigen.

Wasser- und Mineralhaushalt betreffen Beim Herzkranken ist ein hochkonzentrierter, schlackenreicher Urin die Regel Er kommt nicht nur dadurch zustande, daß wegen einer Mangeldurchblutung der Niere bereits zuwenig Flüssigkeit aus den Glomeruli abfiltriert wird Seine hohe Konzentration beruht vor allem auf der Notwendigkeit, die vermehrten Abfallprodukte aus den umfangreicheren Stoffwechselprozessen des Herzkranken auszuschwemmen Zu diesen gehört vor allem auch Kalium²⁷, dessen vermehrtes Auftreten im Harn von solchen Patienten auch wir nachweisen konnten²⁸ Im Austausch zu diesen Bestandteilen müßte dann auch mehr Kochsalz von den Tubuli wieder aufgenommen werden, welches dann im Gewebe verschwindet, dort seine wasseranziehende Kraft entfaltet und so zur Ödembildung beiträgt

Auch das Verständnis der Salzangelurämie – der hypochlorämischen Azotämie – wird durch diese Vorstellungen erleichtert Sie tritt nicht nur bei Durchfällen, Ruhr, langdauerndem Erbrechen auf, wo sie unter urämischen Zeichen mit Krämpfen, Austrocknung, Reststickstoffserhöhung bis 200 mg^o, und neuerlichem Erbrechen zum Tod führen kann Dieses oft verkannte Krankheitsbild wird heute auch durch unsere therapeutischen Maßnahmen bei Herzkrankheiten oft genug provoziert Das geschieht durch die schematische Verordnung salzloser Kost oder anderer kochsalzentziehender Maßnahmen bei Patienten, die schon vor ihrem Kontakt mit dem Arzt oder dem Krankenhaus wegen Stauungskatarrhen reichlich erbrochen oder Durchfälle gehabt hatten, an der Nahrungsaufnahme behindert waren oder bei denen schon eine Minderung der Glomerulusfiltratmenge durch die Herzinsuffizienz eingetreten war Die Verordnung kochsalzarmer Kost bei Herzkranken soll daher erst nach genauer Klärung der unmittelbaren Vorgeschichte gegeben werden Die Kochsalzbeschränkung führt von einem gewissen Punkt an nicht nur zu dieser Ausscheidungshemmung für harnpflichtige Substanzen, sondern auch zu einer Funktionsschwäche der Nebennierenrinde, die beim chronisch Herzkranken ohnehin meist geschädigt oder überbeansprucht zu sein pflegt denn die Tätigkeit der Nebennierenrinde ist von einer gewissen Kochsalzzufuhr abhängig²⁹ Andererseits steuert die Nebennierenrinde, wie sie die Kaliumbewegung beeinflußt, auch die Ausscheidung des Natriums³⁰

²⁹ Hegglin, Fortschritte der Kard iologie

Überdosierungserscheinungen, wie Zyanose, Bradykardie oder Herzblock, dann bringen Kalziuminjektionen Erleichterung

VI. Natrium

Das antagonistische Verhalten von Kalium und Natriumionen im menschlichen Körper, deren letztere in den Körperflüssigkeiten dominieren, während die ersteren für viele Reaktionen im Zellinneren untbehrlich sind, findet sich ganz allgemein in der belebten Natur. Das Verhältnis dieser Substanzen zueinander und ihre Wirkung aufeinander stellen wichtige Faktoren bei der Aufrechterhaltung des Säurebasengleichgewichtes im Körper dar. Das Natrium wird zur Neutralisation der im Stoffwechsel entstehenden Säuren benutzt, Natriumretention und K-Verarmung sind charakteristisch für eine alkalotische Stoffwechsellaage. Die Azidose dagegen ist von Kochsalzausscheidung und Wiederaufnahme von Kalium in die Zellen begleitet.

a) Kochsalz

Das Natrium entfaltet seine Wirkung im Organismus vor allem in Verbindung mit dem Chlorion als Kochsalz. In dieser Bindung macht es die Schwankungen des leichter beweglichen Chlors mit und wird wie dieses abhängig von nervos-hormonalen, renalen und zellular-osmotischen Stoffwechselmechanismen. Es ist als einziges Harnfixum im Blutserum in so hoher Konzentration vorhanden (0,59–0,67%), daß die normalerweise von den Glomeruli abfiltrierte Flüssigkeitsmenge⁴³ genügend davon mitbringt, ohne eine zusätzliche Sekretionsleistung der Niere zu erfordern. Es ist auch der einzige Harnbestandteil, der von der Niere durch die Tubuli wieder aufgenommen und dem Blutstrom einverleibt werden kann. Es stellt damit eine Art Grundlage der Sekretionstätigkeit der Nierentubuli dar, weil für jedes Molekül einer anderen harnfähigen Substanz, welche die Tubuluszelle in Richtung des Lumens verläßt, ein Molekül Kochsalz aus dem vom Glomerulus gelieferten provisorischen Harn aufgenommen werden muß.

1. Salz-mangelurämie

Dieser Mechanismus kann das Verständnis für manche Krankheitserscheinungen bei Herzinsuffizienz erleichtern, soweit sie den

ten auch heute noch, wonach Herzkrankte während der Digitalistherapie – also dekompenzierte Patienten – «trinken sollen, was sie gern haben, und zwar in so großer Menge, wie ihre Trinklust das verlangt. Diese Anweisung ist um so notwendiger, als man ganz allgemein die vorgefaßte Meinung hat, daß die Wassersucht durch Enthaltbarkeit im Trinken gewissermaßen ausgeschwemmt werden mußte, und sich fürchtet, die Krankheit zu vermehren, wenn man der Neigung der Patienten, zu trinken, nachgibt.» Denn die Flüssigkeitsbeschränkung allein läßt die osmotische Konzentration des Plasmas ansteigen und stimuliert auf diese Weise die Sekretion des antidiuretischen Hormons der Hypophyse. Darin liegt die Tendenz zur Oligurie, welche die Ausscheidung von Kochsalz und andern Harnfixa behindert.

1 Quecksilberdiuretika

Eine Ausschwemmung von Kochsalz wird häufig mittels der Quecksilberdiuretika versucht. Sie sollen vor allem die «Rückresorption» von Kochsalz durch die Nierentubuli hemmen²⁵. Sie sind aber nicht indifferent, da sie in entsprechender Konzentration die lebenswichtige ATP Spaltung durch Actomyosin vergiften²⁶ bzw. die ATPase Wirkung unmöglich machen²⁷, indem sie an den «SH» Gruppen angreifen, Molekülbestandteilen, welche für die ATP Spaltung unentbehrlich sind²⁸. Die diuretische Wirkung der Quecksilberdiuretika wird auch mit der Leberfunktion in Beziehung gebracht²⁹. Nach Ableitung der Galle durch eine Gallenfistel hört die diuretische Wirkung des Saltyrgans nämlich auf, um erst wiederzulehren, wenn von neuem Gallensauren zugeführt werden³⁰. Da die Leber bei Herzkranken so oft geschädigt ist, sind die Hg-Präparate bei diesen auch deshalb mit größter Reserve anzuwenden. Sie führen auch zu Kaliumverlusten, die wegen der bei Herzkranken oft schon bestehenden K Stoffwechselstörung gefährlich werden können.

2 Ionenaustauscher

Eine weitere Maßnahme zur Entfernung von Natrium aus dem Organismus stößt die Ionenentziehung durch Kationenaustauscher dar, das sind Kunstharze, die ein hohes Ionenbindungsvermögen haben, im Verdauungstrakt unlöslich sind und daher auch nicht toxisch wirken³¹. Die Diffusion und der Austausch von Ionen ist auf Grund des makroporösen Aufbaues dieser Stoffe möglich. Eigent-

2 Ödeme

Bei der *Ödemenstehung* im Zusammenhang mit der Zurückhaltung von Kochsalz kommt dem Natriumion im Gegensatz zum Chlorion, das diuresefördernd wirkt, die wichtigere Rolle zu³⁴. Das gilt auch für die Herzwassersucht. Bei der Natriumretention, also einer Zunahme der Kationen, erfolgt aus Gründen der Elektroneutralität zwangsläufig auch eine Vermehrung der Anionen. Dabei wird der osmotische Druckanstieg verdoppelt und die Ödembildung gefördert. Bei Natriumverlust kommt es deshalb zu einer Abnahme des osmotischen Druckes, weil die Kationen nicht nur eine gleiche Zahl von Anionen mitnehmen, sondern vor allem durch kein anderes Kation, wie Kalzium, Magnesium oder Kalium, ersetzt werden können, da eine derartige Erhöhung der Konzentration dieser Kationen mit dem Leben nicht mehr vereinbar ist³⁴. Die Retention von Chlorionen hat wegen deren Fähigkeit, die Zellwand zu durchdringen, kaum eine Zunahme der osmotischen Konzentration und damit auch keine Wasserretention zur Folge.

b) Therapie bei kreislaufbedingten Ödemen

Da die Ödembildung neben mechanischen Gründen auch sehr wichtige Wurzeln in dem durch die Herzinsuffizienz gestörten Eiweißhaushalt und Mineralstoffwechsel hat und weil die Ödeme selbst wieder störend in Stoffwechselorgane des Herzens eingreifen, sei ihre Therapie hier kurz gestreift. Besonders müssen kochsalzarme Diätformen berücksichtigt werden, weil die Kost des zivilisierten Menschen mit 12–20 g täglicher Kochsalzzufuhr das wahre Bedürfnis des Körpers, das bei 5 g liegt, erheblich zu übersteigen pflegt und damit schon beim Gesunden auf die Dauer Schaden setzt, vor allem aber beim dekompensierten Herzkranken, der zur Salzretention neigt. Obst-, Saft- und Milchtage sind zu bekannt, um im einzelnen besprochen zu werden. Die Carreitage sollten wieder mehr zu Ehren kommen, weil sie mehr Eiweiß geben als rein vegetabile Kost, und das ist wegen der Eiweißkomponente der Ödeme wichtig. Auch in den verschiedenen Schemata der salzarmen Kost sollte mehr leichtverdauliches Eiweiß vorkommen als üblich. Wegen der Gefahr einer Salzangeluramie sollen aber solche Kostformen nicht länger gegeben werden, als wirklich Ödemneigung besteht. Auch die Beschränkung der Flüssigkeitszufuhr ist individuell zu handhaben. Die Anweisungen des Schöpfers der Digitalistherapie, *Withering*¹⁵², gel-

der kapillaren Druckverhältnisse durch Digitalisglykoside versucht werden

VII. Hormoneinwirkungen auf das Herz

Die beschriebenen Sektoren des allgemeinen Stoffwechsels des Organismus, welche entscheidenden Einfluß auf die Tätigkeit des Herzens nehmen, unterliegen wesentlichen Impulsen von seiten anderer Organe, wie des Nervensystems und der endokrinen Drüsen. Unter diesen spielt die Nebennierenrinde (NNR) eine besondere Rolle, weil sie Hormone enthält, von denen der Kohlenhydratstoffwechsel, die Phosphorylierungsorgane im Zusammenhang mit dem Adenylsäuresystem und die Umwandlungen des Mineralhaushaltes weitgehend abhängig sind.

a) Nebennierenmark

Auch das Nebennierenmark hat bekanntlich engste Verbindungen zu Herz und Kreislauf. So ist mit allen Kreislaufregulationsstörungen in Verbindung mit Verbrennungen, Infektionskrankheiten, Allgemeininfektionen usw. eine Aktivierung des NN-Markes als Ausdruck einer allgemeinen Stoffwechselsteigerung verbunden. Es kommt zu Markhyperplasie als Folge einer chronisch gesteigerten Muskelarbeit, und zwar nicht nur der Skelettmuskulatur. Dieselbe Beobachtung macht man bei chronischer Belastung des hypertrophierten Herzens, während im Stadium der Dekompensation von nichthypertonischen Herzfehlern eine Rückbildung des NN-Markes eintritt⁸². Im Herzmuskel sind die Nebennierenmarkshormone Arterenol und Adrenalin in verhältnismäßig großer Menge vorhanden, und in pathologischen Herzen findet sich meist eine abnorme Vermehrung des Adrenalins, dessen sauerstoffverbrauchsteigernde Wirkung der des Arterenols weitaus überlegen ist. Damit wird die Sauerstoffökonomie des Herzens gestört und die Hypoxie und Herzinsuffizienz gefördert^{83, 114}.

In der letzten Zeit wird auch ein Synergismus der beiden Nebennierenanteile wahrscheinlich gemacht, indem in der Rinde das Kof ferment eines Fermentes gebildet werden soll, das die Synthese der Markhormone überhaupt erst ermöglicht⁸⁵.

liche Träger der Austauschfunktion sind Saurereste, die in fester chemischer Bindung an der Grundsubstanz verankert sind und ihre charakteristische Fähigkeit zur Salzbildung behalten haben. Dem Massenwirkungsgesetz entsprechend werden vor allem Natriumionen von ihnen gebunden, da diese im Darm überwiegen³⁴. Aber auch der Kaliumhaushalt kann durch sie beeinflusst werden, wenn auch jetzt Austauscher verwendet werden, die mit Kalium vorbeladen sind und daher nicht mehr so viel davon aufnehmen. Hier drohen dennoch Gefahren, besonders wenn gleichzeitig Glykoside gegeben werden, deren Giftwirkung bei K-Verarmung großer wird, oder wenn die Austauschharze bei Obstipation länger im Darm bleiben. Deshalb sollten EKG und Serumuntersuchungen mit dem Flammenphotometer gemacht werden, wenn man mit Austauschern arbeitet.

3 Weitere therapeutische Maßnahmen

Weniger eingreifend und leichter zu handhaben, bei sehr guter und anhaltender Wirksamkeit, scheinen uns die neuen, aus Sulfonamiden entwickelten Hemmstoffe der Karboanhydrase zu sein. Diesem Ferment kommt eine besondere Funktion im Elektrolytstoffwechsel der Niere zu. Es ist für die Bildung von H^+ und die Rückresorption von HCO_3^- -Ionen verantwortlich. Da die Natriumrückresorption im distalen Tubulusanteil an die Anwesenheit von H^+ Ionen gebunden ist, wird durch die Hemmung des genannten Fermentes auch die Natriumrückresorption verhindert. Es kommt zu seiner vermehrten Ausscheidung und damit zu gesteigerter Diurese⁴⁵. Wir haben mit dieser – unter dem Namen Diamox (Lederle) im Handel befindlichen – Substanz in Dosen von 16 mg/kg Körpergewicht gute Erfahrungen gemacht, sie ist gut verträglich und hat allein oder zusammen mit sehr kleinen und seltenen Dosen von Hg Diureticis gute Ausscheidungswirkung.

Weiter sei auf die Kaliumtherapie hingewiesen, die früher ausführlicher beschrieben wurde, weil damit unter gewissen Umständen eine Verdrängung der Natriumionen und diuretische Wirkungen zu erzielen sind.

Im Sinne einer Verbesserung der Bluteiweißverhältnisse und damit einer Forderung der Ödemausschwemmung liegt neben eiweißreicher Diät, Zufuhr von Aminosäuregemischen oder Albumininjektionen auch eine gute Leberschutzbehandlung⁴⁶. Neben allen diesen Maßnahmen aber sollte eine Hebung der Herzkraft und damit

kleine Kaliumgaben tödlich vergiftet werden. Durch erhöhte Zufuhr von Na Salzen bei möglichst weitgehender Ausscheidung des Kaliums kann man NNR Ausfallsymptome zum Verschwinden bringen. Diese Möglichkeit zeigt, daß die schweren Folgen des NNR-Hormon Ausfalles im wesentlichen durch Störungen im Mineralhaushalt bedingt sind, die möglicherweise erst den Boden vorbereiten müssen, damit KH-Stoffwechselstörungen manifest werden können.²¹ Diese Veränderungen müssen hier besonders vermerkt werden, weil die Digitalisempfindlichkeit im kranken Herzen eng mit seinem Kaliumgehalt zusammenhängt und weil eine strenge Kochsalzziehung wie sie beim Herzkranken geübt wird, bei den häufigen Fällen mit überlasteter Nebennierenrinde mehr schaden als nützen kann. Erhöhte Hormonzufuhr steigert die Neigung zu Kochsalz- und Wasserretention, indem die Natriumrückresorption in den Tubuli vermehrt²² und dieses und damit Wasser in den Geweben stärker festgehalten wird.²³ Es ist aber nicht anzunehmen, daß diese Mineralhaushaltsstörung ihre Ursache nur in einer Veränderung der Ausscheidungsfähigkeit der Nierentubuli hat, sie scheint sich aber an den Epithelien der Niere in besonders auffällender Weise zu äußern, weil hier die allgemeine Fähigkeit der Zelle zum Stofftransport in Gestalt der Rückresorption von Wasser und Ionen aus dem Lumen der Tubuli ins Gefäßsystem zu einer spezifischeren Funktion ausgebildet ist und daher bei Störungen und Ausfall dieser Funktion zu eingreifenderen Veränderungen führt als bei andern Zellen.

Soweit es sich um den Mineralstoffwechsel handelt, scheint der Angriffspunkt der NNR-Hormone an den Grenzflächen der Zellen im allgemeinen zu suchen zu sein, daher auch an den Oberflächen der Muskelfasern, indem sie sich dort bei normalem Stoffwechsel an der Aufrichtung einer biologischen Schranke beteiligen, welche u. a. dem Kalium den Austritt, dem Natrium den Eintritt in die Zellinnere verwehrt. Dauernde Energiezufuhr ist nötig, um diese hohe osmotische Spannungsdifferenz von Na und K im extra- und intrazellulären Raum aufrechtzuerhalten, welche auf osmotischen Konzentrationen innerhalb der Zelle beruht, die dreimal so hoch sind wie die des Plasmas. Diese Spannungsdifferenz sinkt bei NNR-Insuffizienz auf sehr niedrige Werte, wie am Muskelgewebe von Ratten experimentell festgestellt wurde.²⁴ Das hilft die Schläffheit und die Adynamie der Muskulatur bei NNR-Insuffizienz zu erklären, denn die osmotische Spannungsdifferenz zwischen dem Zell-

b) *Nebennierenrinde*

1 Wirkungsmechanismus

Ein Ausfall der Nebennierenrinde durch Exstirpation oder Erkrankung führt ähnlich wie die Entfernung der Hypophyse zu Hypoglykämie, Verminderung der Glykogenreserven in der Leber und der dem Normalen gegenüber geringeren Fähigkeit des Körpers, seinen Kohlenhydratbestand aufrechtzuerhalten, wenn ungenügend Kohlenhydrate zugeführt oder zuviel davon verbraucht werden. Das erklärt sich dadurch, daß beim Fehlen von NNR-Hormonen die Neubildung von Glykogen, die Glukoneogenese, stark verlangsamt ist. Eine Substitutionstherapie mit Rindenextrakten bewirkt in solchen Fällen eine Auffüllung der Glykogenvorräte besonders in der Leber³¹ und eine Regularisierung des Zuckerstoffwechsels. Wir sehen dabei, daß alle aktiven Hormone der NNR qualitativ ähnliche Wirkungen auf den KH-Stoffwechsel zeigen und nur in quantitativer Hinsicht differieren. Auch Einflüsse der NNR auf den Fettstoffwechsel im Sinne einer Regularisierung der Fettablagerung und einer Forderung der Glykogenneubildung aus Fett⁷⁴ sind bekannt. Ebenso soll unter ihrer Wirkung mehr Zucker aus Eiweiß gebildet werden³¹, wenn keine andere Glykogenquelle vorhanden ist.

Wenn auch der Mechanismus dieser Hormoneinflüsse noch stark diskutiert wird, steht doch fest, daß sie tief in den Aufbau und in die Wirksamkeit lebenswichtiger Fermente eingreifen^{141 142}. Diejenigen Fermente, von denen angenommen wird, daß die NNR-Hormone auf sie einwirken, enthalten in ihrem chemischen Gerüst SH-Gruppen, und es wird vermutet⁷⁴, daß die NNR-Hormone im Sinne einer Aktivierung dieser lebenswichtigen Gruppen an diesen Fermenten angreifen. Wie wir gesehen haben, geschehen insbesondere im Kohlenhydrathaushalt wesentliche Umwandlungen über Anlagerung und Abspaltung von Phosphatgruppen und diese Phosphorylierungen sollen in sehr engen Beziehungen zu den NNR-Hormonen stehen^{141 142}, so daß deren Verhältnis zum Adenylsauresystem hier besonders betont werden muß.

Im Mineralhaushalt führt das Fehlen von NNR-Hormonen zu großen Natrium- und Chlorverlusten, Flüssigkeitsverschiebungen im Körper, Anstieg des Kaliums im Blut und auch in den Zellen, und der Antagonismus von Natrium zu Kalium scheint gesteigert

samen Rohextraktes blieben, konnte vor kurzem¹²⁸ eine weitere Verbindung kristallisiert werden, das Aldosteron, zuerst Elektrokortin genannt, welches auf den Mineralstoffwechsel besonderen Einfluß hat. Seine Reindarstellung scheint auch in therapeutischer Sicht eine wesentliche Neuerung darzustellen, da es eine 30–50fach stärkere Wirksamkeit¹²⁹ hat als das ihm nahestehende Desoxykorkosteron (bei 25mal starkerer Na-Retention und 5mal starkerer K-Ausscheidung), aber keine Wirkung auf die Wasserausscheidung zeigt¹³⁰ und den Blutdruck in physiologischen Dosen nicht erhöht¹³¹. Die wirksame Tagesdosis bei Addisonpatienten lag schon bei 150 bis 200 mg. Das Aldosteron soll aber nicht nur für den Mineralhaushalt des Organismus über den Angriffspunkt der NNR, sondern auch für den Mineralhaushalt der einzelnen Zelle entscheidend verantwortlich sein¹³², und es liegt nahe, auch eine spezifische Aldosteron-Wirkung auf das Herz anzunehmen. Therapeutische Versuche mit aldosteronhaltigen NNR-Extrakten (Hormonchemie) an dekompensierten Herzkranken haben uns in dieser Richtung ermutigende Resultate geliefert, wenn sie auch noch nicht so zahlreich sind, daß sie statistisch ausgewertet werden könnten.

4. Bildungsstätten der NNR Hormone

Nach neueren Untersuchungen¹³³ werden die für den gewöhnlichen Stoffwechsel des Organismus notwendigen Rinden-hormone – und zwar die Gluko- und die Mineralokortikosteroide – in der inneren Rindenhälfte als der eigentlichen Funktionsschicht der NNR gebildet. Der jeweilige Hormonbedarf des Organismus soll dabei auch die qualitative Leistung der Rindenepithelien bestimmen. Die äußere Hälfte der Zona fasciculata dagegen soll eine Reserveschicht sein, auf die der Organismus bei größeren Anforderungen sofort zurückgreifen kann. Die Tätigkeit dieser Schichten muß eine sehr lebhafte sein, denn in der Minute wird von der NNR etwa die zehnfache Menge des jeweils in ihr feststellbaren Hormongehaltes abgegeben¹³⁴. Daß ein Vorderlappenhormon der Hypophyse – das ACTH – in die Synthese und Sekretion der NNR-Hormone fördernd eingreift, sei hier nur am Rande vermerkt, während die therapeutische Bedeutung der Ascorbinsäure als Katalysator im Prozeß der Hormonproduktion deutlicher herausgestellt werden soll.¹³⁵ 63 100 125

inneren und der Umgebung ist ein entscheidender Faktor für den Gewebsturgor. Da aus physikalischen Gründen auch Beziehungen zwischen diesem und dem Blutdruck bestehen, sind auch hier Erklärungsmöglichkeiten für die Hypotonie bei Addison und gewissen Herzerkrankungen gegeben. Wenn die Wirkung der den Mineralstoffwechsel steuernden Hormongruppen aufhört, tritt an die Stelle der biologischen Schranke an den Grenzflächen der Zellen ein Austausch der Ionen nach rein physikalischen Gesichtspunkten.

2 Aufgliederung der NNR Hormone

Von den 30 steroidartigen Stoffen, die aus NNR-Extrakten in kristallisiertem Zustand zu isolieren waren, sind seit etwa 18 Jahren sechs bekannt¹³², die eine typische «Kortinwirksamkeit» haben, d. h. die Fähigkeit, einen mehr oder weniger großen Teil der Ausfallerscheinungen beim NNR-losen Tier aufzuheben^{109, 131}. Sie haben Hormoncharakter und stellen ungesättigte Ketone dar, die dem Gelbkörperhormon Progesteron nahe verwandt sind. Es ist wahrscheinlich, daß das Cholesterin ihre Muttersubstanz ist¹³². Sie werden als Kortikosteroide bezeichnet.

Es gibt unter den genannten Hormonen solche, die vorwiegend den Kohlenhydratstoffwechsel beeinflussen, wie das Kortison (17-Oxy-Kortikosteron)¹³¹. Diesen Glukokortikosteroiden stehen Mineralokortikosteroide gegenüber, deren wichtigster Vertreter das Desoxykortikosteron gewesen ist, das nur in sehr kleiner Menge in der NNR vorkommt und von manchen Autoren lediglich als Zwischenprodukt des eigentlichen Hormons angesehen wird⁷⁶. Es bewirkt Natrium-, Chlor- und Wasserretention bei vermehrter K-Ausscheidung und erhöht den Blutdruck. Die beiden Hormongruppen sind in ihrer Wirksamkeit nicht so stark getrennt wie man ursprünglich annahm. Die Glukokortikosteroide wirken auch auf den Mineralstoffwechsel und mit Desoxykortikosteron kann man andererseits NNR-lose Tiere am Leben erhalten³¹, obwohl dieses Steroid sonst keinen Einfluß auf den KH-Stoffwechsel zu haben scheint.

3 Aldosteron

Aus einer nach Entfernung dieser kristallisierbaren Substanzen aus NNR-Extrakten zurückbleibenden «amorphen Fraktion», welcher je nach Art der Gewinnung 60–80% der Wirkung des ge-

samen Rohextraktes blieben, konnte vor kurzem¹²⁸ eine weitere Verbindung kristallisiert werden, das Aldosteron, zuerst Elektrokortin genannt, welches auf den Mineralstoffwechsel besonderen Einfluß hat. Seine Reindarstellung scheint auch in therapeutischer Sicht eine wesentliche Neuerung darzustellen, da es eine 30–50fach stärkere Wirksamkeit¹²⁹ hat als das ihm nahestehende Desoxykorkosteron (bei 25mal stärkerer Na Retention und 5mal stärkerer H Ausscheidung), aber keine Wirkung auf die Wasserausscheidung zeigt¹³⁰ und den Blutdruck in physiologischen Dosen nicht erhöht¹³¹.

für den Mineralhaushalt der einzelnen Zelle entscheidend verantwortlich sein¹³⁰, und es liegt nahe, auch eine spezifische Aldosteron-Wirkung auf das Herz anzunehmen. Therapeutische Versuche mit aldosteronhaltigen NNR-Extrakten (Hormonchemie) an dekompensierten Herzkranken haben uns in dieser Richtung ermutigende Resultate geliefert, wenn sie auch noch nicht so zahlreich sind, daß sie statistisch ausgewertet werden konnten.

4. Bildungstatten der NNR Hormone

Nach neueren Untersuchungen⁴¹ werden die für den gewöhnlichen Stoffwechsel des Organismus notwendigen Rindenhormone – und zwar die Gluko- und die Mineralokortikosteroide – in der inneren Rindenhälfte als der eigentlichen Funktionsschicht der NNR gebildet. Der jeweilige Hormonbedarf des Organismus soll dabei auch die qualitative Leistung der Rindenepithelien bestimmen. Die äußere Hälfte der Zona fasciculata dagegen soll eine Reserveschicht sein, auf die der Organismus bei größeren Anforderungen sofort zurückgreifen kann. Die Tätigkeit dieser Schichten muß eine sehr lebhafte sein, denn in der Minute wird von der NNR etwa die zehnfache Menge des jeweils in ihr feststellbaren Hormongehaltes abgegeben¹³². Daß ein Vorderlappenhormon der Hypophyse – das ACTH – in die Synthese und Sekretion der NNR-Hormone fordernd eingreift, sei hier nur am Rande vermerkt, während die therapeutische Bedeutung der Ascorbinsäure als Katalysator im Prozeß der Hormonproduktion deutlicher herausgestellt werden soll¹³³ 134 135 136.

5 Ascorbinsäure

Die Zellatmung in der NNR, die besonders reich an Vitamin C ist, steigt nach Ascorbinsäurezufuhr, weil der Wasserstofftransport in NNR-Zellen durch sie aktiviert wird¹³⁰. Darauf beruht auch die fördernde Wirkung auf die Biosynthese der Steroidhormone. Die Ascorbinsäurezufuhr darf aber ein gewisses Optimum nicht überschreiten, sonst sinkt die Hormonsynthese. Es ist außerdem wichtig zu wissen, daß die Wirkung von Vitamin C bei zunehmendem Alter der Drüse immer geringer wird. Diese stoffwechsel- und hormonsynthesefördernden Eigenschaften der Ascorbinsäure können bei der Herztherapie ausgenutzt und neben anderen auch durch die Vitamine E und A unterstützt werden, die in ähnlichem Sinne wirken.

c) Nebennierenrinde bei Herzinsuffizienz

1 Klinische Beobachtungen

Bei der Untersuchung von chronisch dekompensierten Herzkranken fallen dem langjährigen Beobachter oft Symptome auf, die auch bei Nebenniereninsuffizienz verschiedener Stadien vorkommen (Addisonismus, *à* Addison). Sie zeigen sich als Muskelschwäche, Adynamie, Magen-Darm Störungen verschiedener Art, wie Appetitlosigkeit, Übelkeit, Aufstoßen, Erbrechen und Verminderung der Salzsäure- und Fermentproduktion des Magens, Durchfälle, endlich Welkwerden und Pigmentierung der Haut und niedriger Blutdruck. Es handelt sich um Veränderungen der äußeren Erscheinung und des Wesens dieser Kranken, die durch die Herzschwäche allein nicht erklärbar sind. Andererseits findet man ebenso wie beim chronisch Herzkranken auch beim Addison eine Herabsetzung des Minutenvolumens und des Schlagvolumens des Herzens und eine Eindickung des Blutes und bei beiden Krankheitsbildern EKG-Veränderungen, die ähnlich sind und durch eine Senkung der ST-Strecke und eine Abflachung oder ein Negativwerden der T-Zacke charakterisiert sind. Es ist durchaus denkbar, daß sie auch bei chronisch Herzkranken wenigstens teilweise als Ausdruck einer NNR-Insuffizienz zu werten sind. Solche klinischen Veränderungen sind auch von anderer Seite beschrieben¹³¹. Sie treffen meist Kranke, die wegen alter Klappenfehler, fixierter Hypertonien, Koronarsklerosen oder Arrhythmien verschiedener Genese immer wieder dekompensieren. Sie sind meist lang und oft mit Digitalis be-

handelt worden und immer wieder kompensiert gewesen, bis Anstrengungen oder Infekte zu neuer Insuffizienz und endlich trotz Glykosidbehandlung zu hydropischen Erscheinungen und Herzversagen geführt haben. Diese Zeichen treten in wechselnder Zusammenstellung und oft auch nicht besonders deutlich hervor, sind aber ziemlich oft, vor allem bei älteren Leuten zu finden.

2 Anatomische Veränderungen

Diese Beobachtungen geben einen Hinweis darauf, daß die NNR bei solchen Herzkranken in Mitleidenschaft gezogen und in ihrer Funktion beeinträchtigt wird, was durch ihre eben beschriebene Beteiligung an lebenswichtigen Stoffwechselvorgängen ja nahe liegt. Diese Beeinträchtigung läßt sich durch zahlreiche morphologische und funktionelle Daten belegen.^{22 23 24} So ergab sich, daß das Herz- und das Nebennierenrindengewicht von Wildtieren im allgemeinen höher liegt als das ihrer domestizierten Artgenossen (Kaninchen, Ratten) und daß sich beide bei chronisch überanstrengten Tieren erhöhen, nach NNR Entfernung aber eine Reduktion des Herzgewichts und der Leistungsfähigkeit eintritt. Wir wissen auch, daß die Leistungsfähigkeit von Versuchstieren durch NNR-Hormone gesteigert und die Ermüdbarkeit des menschlichen Skelettmuskels durch sie hinausgeschoben werden kann. Pathologisch anatomische Untersuchungen haben ergeben, daß bei kompensierter Herzmuskelhypertrophie, besonders bei Hypertonie, eine starke Hypertrophie der NNR auftritt, deren Gewicht z. B. von 4,02 auf 6 g steigen kann. Dabei kommt es zu einer Überfunktion des Organs.

Die NNR sind reichhaltig mit Lipoiden ausgestattet, die in Form von Lipidinspeicherung von Fettsubstanzen, besonders von doppelt brechenden Lipoiden in allen Rindenschichten aufliegen. Bei dekompensierten Herzkranken dagegen findet man einen Verlust des Rindengewichts mit sekundärer Atrophie und starkem Schwund der fettlöslichen Substanzen und anisotropen Lipide. Diese Erscheinungen lassen sich als Zeichen des Stoffwechsels deuten.

als Subst.

Sie werden von der NNR deshalb so lange es geht vermehrt bereit-

gestellt, wobei es zu einer Hypertrophie des Organs kommt. Wenn aber ein bestimmter Punkt überschritten wird, setzt der beschriebene Entspeicherungsvorgang und eine langsame Atrophie des Organs ein. Damit ist ein Versiegen der Hormonausschüttung und eine weitere schwere Schädigung des gesamten und des Herzstoffwechsels verbunden, denn zu den hamodynamisch bedingten Schäden tritt nun noch ein Erlahmen wichtigster Stoffwechselfunktionen, deren Ablauf durch NNR-Hormon Mangel zumindest verlangsamt wird.

3 Einfluß der Herzinsuffizienz auf die Kortosteroidausschüttung

Um auch von der funktionellen Seite her eine Bestätigung dieser Befunde zu erhalten, haben wir^{107, 123} Abbauprodukte dieser Hormone im Harn untersucht. Es handelt sich dabei um die 17-Ketosteroide, die ein Sammelbecken darzustellen scheinen, in das neben Kortikosteroiden allerdings auch andere Stoffe eingehen, welche als Abbauprodukte der männlichen Keimdrüsenhormone angesehen werden. Da diese Stoffe auch auf anderen Gebieten zur Aufdeckung von Zusammenhängen mit dem NNR-System verwendet werden¹³⁹, haben wir sie bei einer größeren Anzahl von Herzkranken untersucht und bei 265 inzwischen veröffentlichten Bestimmungen ein Absinken der Werte bei chronisch dekompensierten Herzkranken gefunden. Diese Beobachtungen haben sich inzwischen vermehrt und sind auch von anderer Seite bestätigt.⁷³

Auch die früher schon erwähnte Veränderung der Blutkaliumwerte von Herzkranken⁶⁴ spricht im Sinn einer Beteiligung der NNR an diesem Geschehen. Die Erhöhung des Kaliumspiegels im Blut, die wir bei vielen dekompensierten Herzkranken gefunden haben, wenn noch keine zu große Leberbeteiligung vorlag, liegt nämlich ebenfalls im Rahmen der bei NNR-Insuffizienz erwarteten Veränderung. Es ist unwahrscheinlich, daß diese hohen K-Werte ganz unabhängig vom Verhalten der NNR vorkommen und unabhängig von ihr bei zunehmender Kompensation wieder zurückgehen.

d) Therapie

Diese Zusammenhänge erfordern eine Berücksichtigung der NNR-Funktion bei der Behandlung von Herzkranken und der dazu notwendigen Indikationsstellung. Unabhängig davon, ob diese Hormone als Substrat oder Katalysator wirken, handelt es sich bei ihrer

Verordnung um eine Substitutionstherapie, die vor allem deshalb nicht sehr lange angewandt werden soll, weil sie mit der Zeit eine Neueinstellung des Organismus auf diese Hormone bewirkt und zu einer Inaktivitätsatrophie der NNR führt oder eine solche Atrophie nach Überlastung noch fördert. Es muß außerdem eine Dosis gefunden werden, die den Schaden gerade ausgleicht ohne zu Überdosierungserscheinungen zu führen, welche besonders dann gefährlich sind, wenn bereits Symptome vorhanden sind, die in der Richtung solcher Nebenwirkungen liegen. Das gilt besonders für die Verordnung von Mineralokortikosteroiden wie Cortison oder Percorten, deren Überdosierung Ödeme und Blutdruckerhöhung macht. Sie sollen bei Patienten mit Hochdruck- und Ödemneigung nicht angewendet werden. Bei Koronarinfarkt, Koronarsklerosen und hypotonischen Zuständen dagegen wirken sie sehr gut. Die Therapie mit Aldosteron könnte hier vielleicht eine Wandlung bringen, da sie die guten Eigenschaften der Mineralokortikosteroide, ihre Wirkung auf die osmotische Spannung an den Zellwänden usw. ausnutzen kann, ohne eine Wasserretention oder Blutdruckerhöhung zu produzieren.

Wenn Symptome da sind, die mehr auf eine Störung im Zuckerhaushalt hinweisen, Adynamie z. B., dann sind eher Glukokortikosteroide angezeigt, aber auch hier ist zu berücksichtigen, daß Nebenwirkungen auftreten können, insbesondere eine Erhöhung der allgemeinen Entzündungsbereitschaft, die beim Herzkranken sowieso in den gestauten Organen schon gesteigert ist und durch gleichlaufende Tendenzen von Bluterweißveränderungen durch Herzschwäche und bei Entzündungen verschiedener Art weitergefördert wird.

Bei der Anwendung einzelner Hormongruppen ist also große Vorsicht am Platze. Dabei spielt auch der Gedanke eine Rolle¹⁰⁷, daß eine Hormongruppe durch zu große Beanspruchung vom kranken Herzen her auch in ihrer Leistung als Gegenspieler der andern geschwächt wird, so daß deren Überwiegen zu Erscheinungen führt, die wir sonst als Überdosierungszeichen kennen. Als Beispiel seien nochmals die Hypertonie und Ödemneigung des Herzkranken genannt, die meist rein hämodynamisch erklärt werden. Wenn in dem beim Herzkranken erhöhten ? 1

Auf Grund solcher Überlegungen haben wir schon sehr früh angefangen, ol- und wasserlösliche Gesamtextrakte zu verwenden, denn dadurch glaubten wir, solche Nebenwirkungen eher ausschalten zu können, und außerdem wollten wir den Kranken auch die amorphe Fraktion zugute kommen lassen, bevor wir vom Aldosteron etwas wußten. Erfahrungen und Kasuistik darüber sind in meinem Buch¹⁰⁷ niedergelegt. Nach möglichst eingehendem Studium der klinischen Wirkung von ol- und wasserlöslichen Gesamtextrakten, wie Eschatin, Pancortex usw., haben wir jetzt einen Extrakt (Hormonchemie München) in Benutzung, der Aldosteron enthält¹⁰⁸. Wir glauben, in sehr schweren Fällen davon eine bessere Wirkung zu sehen als mit den älteren Präparaten, wenn wir hier auch meist gezwungen sind, Vitamin-B-Komplex, Zucker und Zytochrom gleichzeitig anzuwenden. Aber Beobachtungen an kranken Menschen lassen sich eben nicht so vereinfachen wie beim Tierversuch.

Die Anwendung dieser Stoffe dient vor allem der Durchbrechung eines Circulus vitiosus, in den sich der Organismus bei zunehmender Dekompensation hineinsteigert, indem die Mangel-durchblutung und Stoffwechselüberlastung Situationen schafft, aus denen der Organismus nicht mehr allein herauskommt. Dazu kommt aus allen möglichen noch zu berührenden Gründen oft eine schlechtere Ansprechbarkeit auf Digitalisglykoside, die meist schon lange gegeben worden waren. Wenn nun durch diese Hormone der Ablauf von Stoffwechselvorgängen wieder besser wird, dann kann auch Herzleistung und Durchblutung wieder besser werden und Digitalis besser ansprechen. Sobald man das sieht, soll man mit der NNR-Therapie aufhören und sich eventuell durch mehrtägige Gaben von ACTH aus dem Hypophysen-Vorderlappen dagegen schützen, daß die während der Behandlung inaktivierte NNR nicht rasch genug mit ihrer Eigentätigkeit einsetzt.

Damit kann die Substitutionstherapie auf diesem Sektor auf das Niveau einer echten Heilbehandlung gehoben werden, besonders wenn sie mit einer Verbesserung des Stoffwechselablaufes eine seltenere Glykosidgabe erlaubt und in Fällen von Digitalis-Überempfindlichkeit Zeitspannen überbrücken hilft, in denen auch durch andere Maßnahmen, Kaliumgaben usw., die normale Glykosidempfindlichkeit wieder hergestellt ist. Das haben wir bei der Behandlung von alten dekompensierten Klappenfehlern gesehen, bei dekompensierten Hypertonien, arteriosklerotischen und sonstigen Arrhythmien mit Herzinsuffizienz bei alten Leuten mit Koronar-

gunstigsten reagierten Patienten mit Überlastung des rechten Ventrikels und niedrigem Blutdruck

VIII. Stoffwechselwirkungen der Digitalisglykoside

Die Digitalistherapie soll in diesem Rahmen nur insofern gestreift werden, als Indizien dafür bestehen, daß die herzwirksamen Glykoside Angriffspunkte an Stoffwechselorganen haben, welche das Herz mit Energie versorgen und bei Herzerkrankungen gestört sein können. Es ist aber heute noch schwer, ein klares und zusammenhängendes Bild von solchen Stoffwechselwirkungen der Droge zu bekommen. So haben wir wie viele andere vor uns versucht, angebliche Veränderungen des pflanzlichen Wachstums durch Digitalisierung nachzuprüfen und haben an Samen und auch an Bakterienkulturen keine eindeutigen Resultate erzielen können. Wir haben – mit Dr. Odenuald – auch die Wachstumsverhältnisse der Hefe unter Einwirkung verschiedener Konzentrationen verschiedener Digitalisglykoside untersucht und keine Veränderungen gefunden. Dagegen ist es uns in jüngster Zeit gelungen, im Warburg-Apparat hinsichtlich der Beeinflussbarkeit von Atmung und Gärung der Hefezelle einen zwar geringfügigen aber konstanten Strophanthineffekt nachzuweisen, der trotz der noch relativ geringen Anzahl von Versuchen (Atmung 36 Messungen mit, 17 Messungen ohne Strophanthin, Gärung 38 mit, 18 ohne Strophanthin) statistisch schon gut gesichert ist. Wir fanden unter aeroben Verhältnissen, daß Strophanthin im Vergleich zu Leerversuchen eine Verringerung des O_2 Verbrauches und eine Steigerung der CO_2 -Bildung bewirkt, deren Ausmaß anscheinend von der Strophanthinkonzentration abhängig ist. Eine Mitteilung von Odenuald darüber ist in Vorbereitung.

Weiter bringt die Untersuchung von lebenden Herzmuskelgeweben in Schnittpräparaten, endlich die Durchstromung ganzer Herzen allein oder im Zusammenhang mit andern Organen oder dem Gesamtorganismus. Aber auch hier ist man weit von den komplizierten Verhältnissen entfernt, die im Leben herrschen. Die Läsion des Gewebes und die rasch eintretende Insuffizienz des isolierten Herzens²⁴ schaffen abnorme Bedingungen für die an-

greifenden Digitaliskörper, aber damit auch günstige Möglichkeiten zu ihrem Studium; denn am optimal tätigen Herzen bleiben Stoffwechselwirkungen der Digitalisglykoside aus, soweit nicht toxische Dosen gegeben werden. Der Eintritt eines positiven chemischen und mechanischen Wirkungseffektes nach ihrer Anwendung ist abhängig von dem Vorliegen einer «Insuffizienz», d. h. einer Ermüdung bzw. Schädigung des Herzens¹¹⁷. Die Faktoren, die für das Gelingen der Untersuchungen notwendig sind, sind aber so mannigfaltiger Art, daß widersprechende Versuchsergebnisse vorkommen und oft schwer unter einen Hut zu bringen sind.

a) Beziehungen zum Mineralhaushalt

1. Zum Kalzium

Auf dem Gebiet des Mineralstoffwechsels bestehen engere Beziehungen zwischen Digitaliskörpern und Kalzium. Denn an Ca-frei ernährten Herzen von Versuchstieren zeigen herzwirksame Glykoside keinen Digitaliseffekt. Dieser wird jedoch sichtbar, wenn dann Ca-haltige Nahrlosungen zugeführt werden¹²⁰. Die Ansprechbarkeit des Organs auf solche Pharmaka ist also an die Gegenwart von Ca gebunden. Andererseits ist bekannt, daß der Zeitpunkt des Stillstandes eines Herzens nach Durchspülung mit Ca-freier Ringerlösung durch Strophanthin wesentlich hinausgeschoben werden kann⁶⁸. Wegen der engen Bindung des Serumkalziums an die Bluteiweißkörper kann es bei denjenigen Kranken, bei denen die Herzinsuffizienz zu einer Hyperproteinämie resp. einer Hypalbuminämie geführt hat, auch zu einer Hypokalzämie kommen, weil *zu wenig Eiweiß als Vehikel des Ca da ist*⁸⁴. So kann bei manchen Herzkranken die geringe Empfindlichkeit für Digitalis über einen Ca-Mangel erklärt werden. Daß auch die Digitaliskörper selbst von Serumproteinen transportiert werden, sei in diesem Zusammenhang nur noch einmal kurz erwähnt.

synthese von ATP und Glykogen, fördert die Ermüdung¹¹⁹ und stört die Leistung. Solchen Stoffwechselwirkungen entsprechend verlängern Hypokalzämien die Q-T-Dauer im EKG, welche dem Erregungsablauf im Ventrikel entspricht. Unter dem Einfluß von Ca kann *in vitro* und *in vivo* eine Erweiterung der Koronargefäße eintreten^{61, 92}.

2 Zum Kalium

Während Ca Erhöhung die Strophanthinwirkung verstärkt, tut Kaliumvermehrung in der Durchströmungsflüssigkeit bei Herzpräparaten unter gewissen Bedingungen das Gegenteil. Die größere Digitalisempfindlichkeit des Herzmuskels bei Erhöhung des Ca Spiegels im Blut wird durch ein entsprechendes Nachrücken des Kaliumgehalts bis zur Normalisierung des K/Ca Quotienten rückgängig gemacht¹¹. Eine Hypokaliämie führt zu vermehrter Digitalisempfindlichkeit was Beobachtungen erklärt¹², wonach Kaliumsalze die toxische Digitaliswirkung bessern können. Die Zusammenhänge dieser Erscheinungen werden vielleicht durch Untersuchungen besser verständlich wonach Digitalisglykoside die ATPase-, also die Fermentwirkung des Myosins, aktivieren deren Funktion von einem optimalen Kaliumspiegel der Umgebung abhängig ist^{13, 14}. Die Digitaliswirksamkeit wird also durch das Verhalten des Mineralhaushalts stark beeinflusst, wie an dem Beispiel der beiden wichtigen Ionen K und Ca gezeigt werden konnte. Die Glykoside wirken selbst wieder auf abnorme Elektrolytverteilungen regulierend ein¹⁵ und erzielen damit sicher einen Teil ihres Erfolges.

b) Herzglykoside und Adenylsauresystem

Im insuffizienten Herzen kommt es zu einer Abnahme der Adenylsauresubstanzen mit einem aus ihrer Spaltung resultierenden Anstieg des anorganischen Phosphats¹⁶ als chemisches Kennzeichen einer Minderleistung des Herzens. Die Abnahme der Kon-

zentration der wirksamen Phosphorverbindungen wieder auf annähernd normale Verhältnisse bringen^{17, 18} und beschleunigt und verstärkt auch die ATP bedingte Kontraktion glyzerinextrahierter Muskelfasern¹⁹. Es scheint vor allem eine Erhöhung des Phosphorkreatinergehalts zum Normalen zu bewirken^{20, 21} und verhindert den unökonomisch gesteigerten Zerfall hochwertiger energiereicher Phosphorverbindungen der bei Herzinsuffizienz einzutreten pflegt. Andererseits fördert AMP nach klinischen Beobachtungen gleichsinnig die sauerstoffsparende Wirkung der Digitalisglykoside²². In toxischen Dosen entleert das Strophanthin die Vorräte des Herzens an energiereichem Phosphat²³.

und zerstört vor allem das Phosphorkreatin. Zunehmende Vergiftung mit Herzglykosiden ist biochemisch charakterisiert durch eine vermehrte Spaltung energiereichen Phosphats im Myokard ohne entsprechendes Ansteigen seiner Synthese¹⁵³

*c) Beziehungen der Digitalisglykoside zum «Milzleberstoff»
und zu den NNR-Hormonen*

Digitalisglykoside können am insuffizienten Herzen den Sauerstoffbedarf mindern und den Wirkungsgrad heben^{47 48 156}. Damit wirken sie gleichsinnig mit dem früher beschriebenen Milzleberstoff. Der Steroidcharakter dieser Glykoside und ihre daraus resultierende Verwandtschaft mit den in der Leber gebildeten Gallensäuren¹⁵⁴ sowie den auch für den Herzstoffwechsel bedeutsamen Keimdrüsen- und NNR-Hormonen läßt hier an Zusammenhänge denken, die nach neueren amerikanischen Arbeiten⁴¹ sehr wahrscheinlich werden. Sie berichten über die Herstellung von Produkten, die – vom Aglukon des K- und g-Strophanthin ausgehend – dem Progesteron und Desoxykortikosteron entsprechen. Dieses durch Teilsynthese gewonnene 19-Oxy-desoxykortikosteron zeigt nur eine minimale Natriumretention und keinerlei glukokortikoide Wirkung. Bei seinem Vergleich mit einer aus Rindernebennierenrinden gewonnenen natürlichen Substanz⁸⁷, welche nach ihrem chemischen Verhalten zur Gruppe der NNR-Hormone gehört, ergab sich die völlige Identität dieser beiden Stoffe. Dadurch ergeben sich auch wesentliche therapeutische Ausblicke. Die Wirksamkeit der NNR-Hormone bei Herzerkrankungen wird verständlicher und der Begriff der sogenannten «Herzhormone» seinem wirklichen Standpunkt nahegebracht.

d) Digitalis und Kohlenhydratstoffwechsel

1 Wirkung auf Glykolyse und Atmung

Digitalis steigert am Skelettmuskel und am verkleinerten Herzmuskelgewebe in therapeutischen Dosen die Milchsäurebildung aus Glykogen und aus Glukose⁴². Die Verwendung radioaktiver Kohlenstoffisotopen hat es in den letzten Jahren möglich gemacht¹⁵⁵, die Strophanthinwirkung auf den KH-Umsatz – Glykolyse und Oxydation – genauer zu verfolgen. Es ergab sich bei der Beobachtung atmender Scheiben von Hundemyokard unter der Einwirkung

von g Strophanthin bei entsprechender Glukose- oder Milchsäurezufuhr, daß besonders die Glukoseverbrennung gegenüber den Kontrollen eine Beschleunigung erfuhr. Es trat eine wesentliche Erhöhung der CO_2 -Bildung auf, während der Sauerstoffverbrauch relativ niedrig blieb. In diesem Zusammenhang sind die am Anfang dieses Kapitels mitgeteilten eigenen Beobachtungen über Digitalis und Hefe nochmals zu erwähnen.

2 Digitalis und Brenztraubensäure

Der Verbrauch von Brenztraubensäure aber, die Kohlensäureproduktion aus diesem Substrat, seine Reduktion zu Milchsäure blieben durch Strophanthin unberührt. Die Intensität der Atmung des Herzweges in BTS Überschuß war ohne Strophanthin ebenso hoch wie in Glukose und Milchsäure mit Strophanthinzusatz. In BTS konnte sie aber durch Strophanthin nicht weiter gesteigert werden¹⁴³ wie bei den andern. Hier sind auch andere gleichsinnige Beobachtungen¹⁴⁴ und klinische Hinweise¹⁴⁵ bemerkenswert, wonach digitalisrefraktäre Herzranke mit BTS Erhöhung im Blut und guter Beeinflußbarkeit durch Kokarboxylase danach wieder auf Digitalis ansprechen. Die große Bedeutung der Vitamine des B Komplexes für Stoffwechselvorgänge im Zusammenhang mit dem BTS Abbau ist früher hervorgehoben worden, auch die häufige Störung dieses Abbaues bei Herzranke und bei Vitaminmangelsituationen anderer Art. Sie scheinen nach dem Gesagten nicht in den Komplex der Funktionsänderungen im insuffizienten Herzen zu gehören.

g

V

besonders im Zusammenhang mit der Strophanthintherapie, deren Leistungsfähigkeit durch Vitamin B nicht nur ergänzt, sondern in gewissen Fällen überhaupt erst ermöglicht werden kann.

Die Frage der verschiedenen Digitalisempfindlichkeit bedarf noch weiterer Klärung. Sie scheint aus Stoffwechselgründen u. a. auch umgekehrt proportional dem Durchmesser der Herzmuskelzelle zu sein¹⁴⁶. Sie kann bei chronischer Digitalisierung auch abnehmen, wenn anatomische Läsionen auftreten, die zu einem Absinken der Atmungsfähigkeit des Gewebes führen¹⁴⁷.

Zusammenfassung

In diesen Blättern wird versucht, den Zusammenhängen zwischen Störungen der Herztätigkeit und Veränderungen wichtiger Stoffwechselvorgänge nachzugehen. Eine Herzinsuffizienz z. B. ist in der Lage, je nach ihrer Art und ihrem Ausmaß durch Mehrverbrauch von Stoffwechselprodukten oder Störungen der Fermenttätigkeit, vor allem aber durch stauungsbedingte Überlastung von lebenswichtigen Organen tief in den Energiehaushalt des Körpers einzugreifen. Andererseits können primäre Stoffwechselerkrankungen von sich aus zu krankhaften Herzveränderungen führen. Erfahrungen auf diesen Gebieten sollten Wege zu neuen Behandlungsmethoden erschließen, welche die Herztherapie differenzierter und reichhaltiger gestalten können. Um zu wissen, wo etwa eine Forderung des Ionenmilieus, Verbesserung des sauerstoffübertragenden Fermentsystems durch Zytochromgaben, die Behandlung mit Zuckerverbindungen, die Ausnützung der Vorzüge des Vitamin B Komplexes oder die Forderung von Hormonwirkungen durch Ascorbinsäure oder durch direkte Hormonzufuhr vorteilhaft ist, muß auch eine weitere Differenzierung der Kreislaufdiagnostik angestrebt werden. Versuche in dieser Richtung werden z. B. durch die Beschreibung addisonähnlicher Symptome bei Herzinsuffizienz oder der kardialen Krankheitszeichen bei B-Mangel in Angriff genommen. Damit kann eine Indikationsstellung in energetischer Sicht gefördert werden, die für den Erfolg solcher Behandlungsmethoden von ausschlaggebender Bedeutung ist.

Die althergebrachte, in neuerer Zeit vielfach variierte, aber in ihren Grundlagen unveränderte und noch nicht ganz aufgeklärte Digitalistherapie kann dadurch bereichert und ergänzt, aber nicht entthront werden. Nicht nur die Zunahme, sondern auch die zeitbedingte Veränderung von Herzkrankheiten rechtfertigt die Propagierung dieser Anschauungen über die Herztherapie. Sie hat besonders bei denjenigen Fällen ihre Berechtigung, die nach jahrelangem Gebrauch von Herzglykosiden und Quecksilberdiuretika an einem Endzustand angelangt sind, der früher endgültig war. Hier können wir durch manche der beschriebenen Maßnahmen ein neuerliches Ansprechen des Myokards auf Digitalis erreichen, den Gebrauch von Glykosiden verringern oder insofern ergänzen, als z. B. durch Vitamin-B Fähigkeiten des Myokards gefördert werden, die durch Digitalis nicht zu erreichen sind.

- 38 Fenn, W O *Physiol Rev* 20, 377, 1940
- 39 Ferstl, A, E Heppich und J Schmid *Wien klin Wschr* 63, 28, 1951
- 40 Fleckenstein, A *Pflügers Arch ges Physiol* 246, 411, 1942
- 41 Florey, K, und M Ehrenstein *J org Chem* 19, 7, 1954
- 42 Freund, H *Arch exp Path Pharmac* 167, 73, 1932, 180, 224, 1936
- 43 Frey, E, und J Frey *Die Funktionen der gesunden und der kranken Niere* Springer, Berlin 1950
- 44 Frey, J, G Liebegott und Walterspiel zit nach Frey (43)
- 45 Gasch, J, und F Kruck *Klin Wschr* 31, 285, 1953
- 46 Gollwitzer Meyer, K *Pflügers Arch ges Physiol* 245, 1941
- 47 Gollwitzer Meyer, K, und Chr Kroetz *Klin Wschr* 1940, 580-593, 616-620
- 48 Goodale, W T, R E Olson und D B Hackel *J clin Invest* 29, 816, 1950
- 48a Greiner, Th *J Pharmac exp Therap* 105, 178, 1952
- 49 Gremels, H *Arch exp Path Pharmac* 169, 689, 1932
- 50 Groscurth und H W Bann *Arch exp Path Pharmac* 169, 313, 1933
- 51 Haarmann, W, A Hagemeier und L Lendle *Arch exp Path Pharmac* 194, 205, 1940
- 52 Haarmann, W, K Korfmaier und L Lendle *Arch exp Path Pharmac* 194, 229, 1949
- 53 Hadorn, W, und G Riva *Schweiz med Wschr* 81, 761, 792, 1951
- 54 Hegglin R *Cardiologia* 7, 145, 1943
- 55 Id *Klinik d energ-dynam Herzsuffizienz* Basel 1947
- 56 Id *Schweiz med Wschr* 47, 1211, 1952
- 57 Id *Vortrag am Therapiekongreß, Karlsruhe* 1952
- 58 Hent, F *Vortrag am Internistenkongreß, Wiesbaden*, Bd 61, 1955 (im Druck)
- 59 Herbrand, W, und K H Jäger *Das Adenylsauresystem Arzneimittelforsch 2 Bei heft* 1952
- 60 Heubner, W *Der Mineralbestand des Körpers* Springer, Berlin 1931
- 61 Id *Wildunger H 1*, Nr 3, 1953
- 62 Hochrein, M *Der Coronarkreislauf* Springer, Berlin 1932
- 62a Hoffmann, G, und H Wienke *Arch exp Path Pharmac* 217, 225, 1953
- 63 Hofmann, H, und Hj Staudinger *Arzneimittelforsch 1*, 416, 1951
- 64 Janke, B, und D Scharpf *Dtsch med Wschr* 78, 786, 1953, 78, 816, 1953
- 65 Kalk, H, und E Wildhirt *Dtsch med Wschr* 77, 1390, 1952
- 66 Kerwick, R A *Brit med Bull* 5, 1204, 1948 (zit nach H J Antweiler, *Die quantitative Elektrophorese i d Medizin* Springer, Berlin 1952)
- 67 Kisch, B *Klin Wschr* 1926 (zit nach Heubner [60])
- 68 Korschegg, A v *Arch exp Path Pharmac* 71, 251, 1913 (zit nach Heubner [60])
- 69 Krakower, C A, und A E Heino *Arch Path* 47, 475, 1949 (zit nach Linbach [85])
- 70 Kuschinsky, G, und F Turba *Experientia* 6, 103, 1950
- 71 Lang, K, und F J Fesken *Biochem Z* 321, 343, 1951
- 72 Lang, K *Der intermediäre Stoffwechsel* Springer, Berlin 1952
- 73 Lange, F *Krankheiten des Herzens und der Blutstrombahn* Enke, Stuttgart 1953
- 74 Lasch, F *Dtsch med Wschr* 78, 975, 1953
- 75 Lasche, M E, W H Perloff und M Durant *Amer J med Sci* 222, 459, 467 1951
- 76 Laszi, L *Probleme des Hypophysen-NNR-Systems* Springer, Berlin 1953
- 77 Lehnartz, E *Chemische Physiologie 9 Aufl* Springer, Berlin 1949
- 78 Lendle, L, und P Pusch *Arch exp Path Pharmac* 177, 550, 1935
- 79 Letterer, E *Dtsch med Wschr* 78, 425, 1953
- 80 Lhotta, C v *Biochem Z* 48, 53, 1913 (zit nach Bemmhold [15])
- 81 Liebegott, G *Verh dtsch Ges Path* 36, 1952
- 82 Id *Wien klin Wschr* 65, 97, 1953

- 83 *Id* Zbl. Path. 90, 1953
- 84 *Linnér, F* : Klin. Wochr 18, 350, 1939
- 85 *Id* : Zbl. Path. 90, 1953
- 86 *Linnér, F* : Klin. Wochr 18, 350, 1939
- 87 *Id* : Zbl. Path. 90, 1953
- 88 *Id* : Zbl. Path. 90, 1953
- 89 *Id* : Zbl. Path. 90, 1953
- 90 *Id* : Zbl. Path. 90, 1953
- 91 *Id* : Zbl. Path. 90, 1953
- 92 *Id* : Zbl. Path. 90, 1953
- 93 *Id* : Zbl. Path. 90, 1953
- 94 *Id* : Zbl. Path. 90, 1953
- 95 *Markees, S* Dtsch med Wochr 18, 913, 1939
- 96 *Mertelli, A* : Folia cardiologica, Milano, 11, 519, 1952 (zit nach KongrZbl. ges inn. Med 147, 59, 1953)
- 97 *Mattax, Proc Mayo Clin* (in press).
- 98 *Id* : Zbl. Path. 90, 1953
- 99 *Id* : Zbl. Path. 90, 1953
- 100 *Id* : Zbl. Path. 90, 1953
- 101 *Id* : Zbl. Path. 90, 1953
- 102 *Id* : Zbl. Path. 90, 1953
- 103 *Id* : Zbl. Path. 90, 1953
- 104 *Oppenheimer, N* : Zbl. Path. 90, 1953
- 105 *Patek, A J jr, I Post, O D Ratnoff, H. Mankin and R. W. Hillman* J Amer. med Ass 138, 543, 1948.
- 106 *Id* : Zbl. Path. 90, 1953
- 107 *Id* : Zbl. Path. 90, 1953
- 108 *Id* : Zbl. Path. 90, 1953
- 109 *Id* : Zbl. Path. 90, 1953
- 110 *Pucholka, J* zit nach Steinhilber (1953).
- 111 *Id* Probleme des Hypophysen-NNR-Systems, p. 72, Springer, Berlin 1953.
- 112 *Plattner, H C* Les Troubles du métabolisme de Potassium et leur traitement 5^e Journée de thérapeutique clinique, Genève 1951.
- 113 *Portzehl, H* Naturforschung 7, 1, 1952
- 114 *Raab, W* Münch med Wochr 95, 813, 1953
- 115 *Rau, H* Ber. ges Physiol 135, 438, 1944.
- 116 *Id* Naturwissenschaften 8, 233, 1949, 9, 260, 1949
- 117 *Id* Pfügers Arch ges Physiol 253, 205, 309, 435, 1951.
- 118 *Reymond, C, et A Vassalli* Schweiz med. Wochr 85, 145, 1955.
- 119 *Roffe, R, und F. Roulet* Maß und Zahl in der Pathologie, Berlin/Wien 1930
- 120 *Rothlin, E* Coimbra méd 2, 7, 1953.
- 121 *Rozza, G, A Szent Gyorgyi and R W. G Wyckoff* Exp Cell Res 1, 194, 1950
- 122 *Ruff, S, H Fritke und R Ammon* Z Kreisforsch 39, 146, 1950
- 123 *Scharpf, D, und B Janke* Medizinische 1954
- 124 *Schneider, G, K Lottenbach und F. Wüthrich* Z exp Med. 118, 377, 1952
- 125 *Schumann, H* Der Muskelstoffwechsel des Herzens Steinkopf, Dresden 1950
- 126 *Schwab, R, und A Reumund* Dtsch med Wochr. 78, 941, 1953.
- 127 *Schwartz, H* Ref Internistenkongreß, Wiesbaden, Bd 61, 1955 (im Druck).

- 128 *Simpson, S A, I F Tait, A Wettstein, R Neher, I v Euler und T. Reichstein* *Experientia* 9, 333, 1953
- 129 *Sollmann, T* *Manual of Pharmacology* 1949
- 130 *Staudinger, H* *Pers Mitteilung* 1955
- 131 *Id* *Probleme des Hypophysen NNR-Systems* Springer, Berlin 1953
- 132 *Id* *5 Colloquium d Ges f physiol Chemie, Mosbach, Baden* 1954
- 133 *Stupp, W, J Kuhnau und H Schröder* *Die Vitamine und ihre klinische Anwendung* 7 Aufl Enke, Stuttgart 1952
- 134 *Stoll, A* *The Cardiac Glycosids* London 1937
- 135 *Stolz, E J J* *biol Chem* 131, 555, 1939 (zit nach *Boden* [18])
- 136 *Straub, H* *Handb d norm u path Physiologie* 7, 237, 1925
- 136a *Strauß, E, und J Hiller* *Verh dtisch Ges inn Med* 57, 228, 1959
- 137 *Stuhlfaut, K* *Arztl Forsch* 5, 414, 1951
- 138 *Szent Gyorgyi, A* *Myosin and muscular contraction* S Karger, Basel/New York 1942
- 139 *Id* *Chemistry of muscular contraction* Academic Press, New York 1951
- 140 *Szekesty, W* zit nach *Szent Gyorgyi* (139)
- 141 *Thaddea, S* *Die Nebenniereninsuffizienz und ihr Formenkreis* Enke, Stuttgart 1941
- 142 *Verzár, F* *Lehrb d inn Sekretion* Lüdín, Lestál 1948
- 143 *Vicini Med Romana* 3, 721, 1918
- 144 *Waldenstroem, J* *Verh dtisch Ges inn Med* 55, 206, 1949
- 145 *Weber, H H, und H Portzehl* *Ergebn Physiol*, p 369-468, Springer, Berlin 1952
- 146 *Weicker, B* *Arch exp Path Pharmacol* 174, 383, 1934
- 147 *Id* *ibid* 178, 524, 1935
- 148 *Weißbecker, L* *Klinik der Nebenniereninsuffizienz und ihre Grundlagen* Enke, Stuttgart 1953
- 149 *Wenckebach, K F* *Das Benbergs-Herz* Springer, Berlin 1934
- 150 *Whipple, G H, L L Miller und F S Rabscheit Robbins* *J exp Med* 85, 277, 1947
- 151 *Wissenschaftliche Tabellen* Geigy, Basel 1955
- 152 *Withering, W* *An account of the Foxglove and some of his medical uses* Birmingham 1785 Neuherausgabe Fa Boehringer u Sohn, Mannheim
- 153 *Wollenberger, A, und M L Karsh* *J Pharmacol exp Therap* 4, 105, 1942
- 154 *Id* *J Pharmacol exp Therap* 2, 97, 4, 1949
- 155 *Id* *Arch exp Path Pharmacol* 219, 408, 1953
- 156 *Wuhrmann, F* *Praxis* 40, 117, 1951
- 157 *Wuhrmann, F, und Ch Wunderly* *Die Bluteiweißkörper des Menschen* Schwabe, Basel 1952
- 158 *Yanoff, Z A* *Proc Soc exp Biol, NY*, 47, 1941
- 159 *Zimmermann, W* *Dtsch med Wschr* 76, 1363, 1951

Adresse des Autors Dr F Pendl,
 Innere Abteilung, Kreis Krankenhaus
 Heidenheim an der Brenz (Deutschland)

